

Opinnäytetyö (YAMK)

Kuntoutuksen koulutusohjelma

2010

Heli Hussi

# TYÖIKÄISTEN MUISTIHÄIRIÖT JA –SAIRAUDET TYÖTERVEYSHUOLLON HAASTEENA

– Kartoitus työterveyshuollon valmiuksista  
tunnistaa ja hoitaa muistihäiriöitä ja -sairauksia



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heli Hussi

# TYÖIKÄISTEN MUISTIHÄIRIÖT JA –SAIRAUDET TYÖTERVEYSHUOLLON HAASTEENA

Tutkimuksen päämääränä oli kartoittaa työterveyshuollon valmiuksia tunnistaa muistihäiriöitä ja –sairauksia, muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvän neuvonnan ja ohjauksen keinoja sekä työikäisenä muistisairauteen sairastuneitten kokemuksia työterveyshuollon menettelystä sairauden tunnistamisessa. Tutkimuksessa kartoitettiin seuraavia asioita: työterveyshuoltohenkilökunnan käytettävissä olevat välineet muistihäiriöiden ja -sairauksien tunnistamisessa, arvio omasta tiedosta muistisairauksiin liittyen, käytettävissä oleva muistiongelmia käsittelevä materiaali ja taito ottaa muistiongelmat puheeksi. Lisäksi tutkimuksessa kartoitettiin muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon testauksista, työterveyshuollon tiedosta sekä työterveyshuoltohenkilökunnan puheeksi ottamisen ja kuuntelemisen taidoista.

Tutkimuksen lähtökohta oli laadullinen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kartoitusta, joka toteutettiin teemahaastatteluna. Aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää työterveyshuollon ammattihenkilöä tai asiantuntijaa (N=9) sekä viittä työikäisenä muistisairauteen sairastunutta henkilöä (N=5). Haastattelut tehtiin keväällä ja kesällä 2009. Aineistot analysoitiin laadullisella sisältoanalyysillä.

Tutkimustulokset osoittavat, että työterveyshuollossa on vain joitakin kehittyneitä käytäntöjä muistiongelmien tutkimiseen. Tutkimuksen mukaan työikäisten muistisairauksista ja niiden oireista tiedetään vähän eikä työterveyshuollossa ole yhtenäistä käytäntöä muistiongelmien tutkimisesta ja hoitoon ohjaamisesta. Työterveyshoitajien kohdalla muistisairaudet eivät ole kuuluneet koulutukseen ja niistä kaivataan osaamista. Työterveyshuollossa ei ole käytössä muistihäiriöitä tai –sairauksia käsittelevää jaettavaa materiaalia. Tutkimustulosten mukaan muistihäiriöt ottaa puheeksi asiakas itse, niistä ilmoittaa työnantaja tai ne tulevat esille työterveystarkastuksen, ohjauksen tai neuvonnan yhteydessä. Tutkimustulosten mukaan työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden kokemukset työterveyshuollon testauksista ja muistisairauksiin liittyvästä tiedosta sekä kuuntelemisen taidosta vaihtelevat.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että työterveyshuollon ammattihenkilöt tarvitsevat lisää osaamista muistihäiriöistä ja –sairauksista. Lisäksi työterveyshuoltoon tulee kehittää yhtenäinen käytäntö niin hoidettavissa olevien muistihäiriöiden kuin muistisairaudesta johtuvien muistiongelmien tunnistamiseen, tutkimiseen sekä hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamiseen. Ohjauksen ja neuvonnan tueksi tulee työterveyshuoltoon tuottaa ja välittää muistiin liittyvää materiaalia.

ASIASANAT: Työterveyshuolto, muistihäiriöt, muistisairaudet

Hussi Heli

## MEMORY DISORDERS AND MEMORY ILLNESSES OF THE WORKING AGE AS CHALLENGE OF THE OCCUPATIONAL HEALTH CARE

The goal of the study was to examine the readiness of the occupational health care to identify memory disorders and – illnesses. Furthermore, the goal was to define the methods of advice and control which are related to the memory illnesses. The aim of the study was also to find out the experiences of the people who have memory illness about the procedure of the occupational health care to identify the memory illnesses. In this study the following factors were surveyed: 1. tools at the disposal of the occupational health care to identify the memory disorders and of memory illnesses, 2. the conception of the professional skills to assess memory illnesses, 3. available material on memory illnesses, 4. skills to bring up the memory problems with customers. The experiences of the people who have memory illness about occupational health care were also studied.

The starting point for the study was qualitative. The material was collected by interviewing nine professionals or experts of the occupational health care (N=9) and five people of working age (N=5) who have memory illness. The interviews were made in the spring and summer of 2009. The materials were analysed with a qualitative contents analysis.

The research results show that only the work psychologist of the occupational health service has and use tests or tools for examining of the memory problems. The other professionals know just a little about the memory illnesses and the symptoms of them of the working age people in the occupational health care. There is not any uniform practice in the occupational health care to examine of memory problems and to refer the customers. The knowledge of the memory disorders and illnesses are not included in nurses' education. They think they need more knowledge of these things. There is not any material about memory disorders and illnesses which provide in the occupational health care. According to the research results, the memory disorders are brought up by the customer himself or the employer informs occupational health care of them. The memory disorders will also come forth in connection with a physical examination, control or advice. The experiences of the people who have memory illness about the health care are variable.

On the basis of the study, perhaps the professionals of the occupational health care need education to the memory disorders and illnesses. Furthermore, a uniform practice has to be developed for the occupational health care directing to identify, to examine and to care the memory disorders and illnesses. Material which is related to the memory has to be produced to the occupational health care.

KEY WORDS: Occupational health care, memory disorders, memory illnesses

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>5</b>
<b>2 TYÖIKÄISTEN MUISTIHÄIRIÖT JA –SAIRAUDET</b>	<b>7</b>
2.1 Hoidettavavissa olevat muistihäiriöt	7
2.1.1 Stressin vaikutus muistiin	8
2.1.2 Unen vaikutus muistiin	9
2.1.3 Työuupumus ja muisti	10
2.2 Työikäisten muistisairaudet	11
2.2.1 Alzheimerin tauti	12
2.2.2 Vaskulaarinen dementia	13
2.2.3 Lewyn kappale-dementia	14
2.2.4 Frontotemporaaliset degeneraatiot	15
2.3 Muistisairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus	16
2.3.1 Työikäisen muistihäiriöpotilaan perus- ja jatkotutkimukset	17
2.3.2 Muistisairauksien ennaltaehkäisy	19
2.3.3 Muistisairauksien hoito ja kuntoutusmahdollisuudet	20
<b>3 TYÖTERVEYSHUOLTO MUISTIHÄIRIÖIDEN JA –SAIRAUKSIEN TUNNISTAJANA JA TYÖIKÄISTEN MUISTISAIRAIDEN OPASTAJANA</b>	<b>23</b>
3.1. Työterveyshuollon toiminnan periaatteet	23
3.1.1 Työterveyshuollon toteutus ja järjestäminen	26
3.1.2 Yhteistyö työterveyshuollossa	29
3.1.3 Työterveyshuolto työkykyongelmatilanteissa	30
3.1.4 Työterveyshuollon haasteita työn ja työn tekemisen muuttuessa	31
3.2 Työterveyshuollon toiminta muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistamisessa	33
3.3 Työterveyshuollon toiminta aivojen hyvinvoinnin ohjaamisessa	35
<b>4 TUTKIMUSTAVOITTEET</b>	<b>36</b>
<b>5 TUTKIMUSMENETELMÄ, TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA ANALYYSI</b>	<b>38</b>
5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen suorittaminen	38
5.2 Tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelu	41
5.3 Tutkimuksen ja tiedonkeruun luotettavuus	42
5.4 Tutkimuksen eettiset tekijät	42
5.5 Aineiston analyysi	44
<b>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>45</b>
6.1 Työterveyshuollon valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä ja –sairauksia	47

6.1.1Työterveyshuollon valmiudet tunnistaa muistihäiriöiden ja –sairauksien oireet	48
6.1.2Työterveyshuoltohenkilökunnan arvio omasta tiedosta muistisairauksiin liittyen	51
6.1.3Työterveyshuollon käytettävissä oleva muistiongelmia käsittelevä materiaali	54
6.1.4Työterveyshuollon taito ottaa muistiongelmat puheeksi	55
6.2 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon toiminnasta	58
6.2.1 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon testauksista	58
6.2.3Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon puheeksi ottamisen ja kuuntelemisen taidoista	60
<b>7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>63</b>
7.2 Tutkimuksen johtopäätökset	63
7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	64
7.4 Yhteenveto tutkimuksesta ja sen tuloksista	66
7.5 Tulosten hyödyntäminen	72
<b>LÄHTEET</b>	<b>75</b>

# 1 JOHDANTO

Dementoivia sairauksia on pidetty lähinnä ikääntyneiden henkilöiden sairauksina. Suomessa arvioidaan kuitenkin olevan noin 7000 alle 65-vuotiaasta muistisairautta sairastavaa henkilöä, mikä on 0,25% työikäisestä väestöstä. Salossa on tilastokeskuksen mukaan 36 000 työikäistä henkilöä, joten laskennallisesti voidaan arvioida seudulla olevan 90 dementoivaa sairautta sairastavaa henkilöä. (<http://www.tilastokeskus.fi>.)

Työikäisten muistisairauksia käsittelevissä hankkeissa on aiemmin keskitytty muistisairauksien varhaiseen toteamiseen sekä sairastuneiden ja heidän läheistensä tukemiseen. Muistisairaiden henkilöiden selviytymistä työelämässä ei juuri ole tuettu. On tärkeää, että muistihäiriöiden tunnistamista, muistisairauksien varhaista toteamista, oikeaa diagnosointia, hoitoa ja seurantaa kehitetään edelleen. Näiden lisäksi on tärkeää tarkastella muistisairauksien aiheuttamaa vajaakuntoisuutta, sairauden varhaisvaiheessa työssä selviytymisen tukemista sekä aivoterveiden ja –ergonomian edistämistä työssä.

Alzheimer Keskusliitto toteutti vuoden 2006 loppupuolella kyselyn, joka koski työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden erityiskysymyksiä ja palvelutarvetta. Kyselyyn vastasi 100 liiton rekisterissä olevaa muistihoitajaa. Vastausten perusteella arvioitiin muistisairauksien tunnistamisen perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa kohtalaiseksi tai huonoksi. Mielenterveyspalveluissa muistisairauksien tunnistamisen oletettiin toteutuvan hieman paremmin, mutta sielläkin jopa neljännes vastaajista katsoi diagnosoinnin olevan huonoa. Kyselyn perusteella myös erotusdiagnostiikka koettiin ongelmaksi ja usein alkava muistisairaus tulkittiin masennukseksi tai loppuun palamiseksi. Keskeisimpänä esteenä muistisairauksien varhaiselle tunnistamiselle koettiin ammattihenkilöiden asenteet ja tiedon puutteet. Muistihäiriöt ja –sairaudet koetaan vanhusväestöön liittyviksi ja työikäisten

henkilöiden kohdalla oireita ei oteta vakavasti tai niitä vähäteltiin. (Koskisu 2007, 8-9.)

Salon Alzheimer-yhdistys ry toteutti RAY:n rahoittamaa Muistikuntoutus-projektia vuosina 2006-2008. Projektin toiminnassa oli mukana ikääntyneiden henkilöiden lisäksi työikäisenä muistisairauksiin sairastuneita. Keskusliiton toteuttaman kyselyn tulosten suuntaisesti heidän kohdallaan esiintyi diagnoosin viivästymistä ja erotusdiagnoosiin vaikeuksia. Työikäisten kohdalla korostuivat myös yhtäkkinen jääminen työelämästä ja sen vaikutus elämään, sosiaalisen piirin kaventuminen sekä tiedon saamisen- ja tuen puute. Kokemuksemme pohjalta suunnittelimme työikäisiin kohdistuvan projektin, jossa kehitämme muistisairauksien ennaltaehkäisyä, muistiongelmien ja -sairauksien vuoksi vajaakuntoisten työntekijöiden tukemista sekä muistisairauksien tunnistamista, diagnosointia, hoitoon ohjausta ja seuranta työterveyshuollossa.

RAY myönsi alustavasti kolmen vuoden rahoituksen Salon Muistiyhdistyksen työikäisten muistihäiriöt ja –sairaudet-hankkeelle vuosiksi 2009-2011. Alustavan projektisuunnitelman tavoitteena oli:

- työikäisten tiedon lisääminen muistisairauksien ennaltaehkäisystä Salon seudulla,
- työikäisten muistiongelmien tarpeenmukaisen ja yksilöllisen tuen ja ohjauksen lisääminen työjärjestelyjen, sopeutumisen, osallistumisen ja hoidon kysymyksissä,
- työnantajien tiedon lisääminen muistisairauksista, muistihäiriöistä sekä niistä johtuvan vajaakuntoisuuden huomioimisesta ja tukemisesta työpaikoilla
- työterveyshuollon henkilökunnan osaamisen vahvistaminen ja toimintamallien selkeyttäminen muistihäiriöiden ja -sairauksien varhaisessa tunnistamisessa, seurannassa ja hoitoon ohjauksessa,
- A-klinikan henkilökunnan osaamisen vahvistaminen muistisairauksien tunnistamiseen sekä muistisairaiden ohjaamiseen ja neuvontaan,
- yhteistyöverkoston luominen työikäisten muistisairaiden kanssa julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla työskenteleville.

Projektin alussa korostettiin tärkeänä sitä, että projektin tulisi perustua täsmälliseen tietoon siitä, miten työikäisten muistioireita havaitaan. Tähän vaatimukseen vastaamiseksi päätettiin tehdä haastattelututkimus, joka kohdistuisi sekä työterveyshuollon toimijoihin että työikäisiin muistisairaisiin henkilöihin. Työterveyshuollolla on keskeinen rooli työntekijöiden muistioireiden varhaisessa toteamisessa ja siitä johtuvan työ- ja toimintakyvyn heikkenemisen tukemisessa sekä hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamisessa.

Tässä haastattelututkimuksessa kartoitettiin työterveyshuollon valmiuksista tunnistaa muistihäiriöitä ja –sairauksia, muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan keinoja sekä työikäisenä muistisairauteen sairastuneitten kokemuksia työterveyshuollon menettelystä sairauden tunnistamisessa.

## **2 TYÖIKÄISTEN MUISTIHÄIRIÖT JA –SAIRAUDET**

### **2.1 Hoidettavavissa olevat muistihäiriöt**

Muistihäiriöt eivät aina johdu varsinaisesta muistisairaudesta vaan ne voivat olla seurausta esim. työn psyykkisestä rasittavuudesta. Työikäisten muistihäiriöt voivat johtua myös masennuksesta tai työuupumuksesta. Etenkin masennuksen yhteydessä muistivaikeuksien lisäksi voi olla keskittymiskyvyn vaikeutta, joka puolestaan vaikeuttaa uuden oppimista ja mieleen painamisen tehokkuutta. Työuupumus voi aiheuttaa keskittymiskyvyn vaikeutta ja muistin heikkenemistä etenkin kielellisten toimintojen alueella. Työuupumukseen liittyvät oireet ovat kuitenkin usein lieviä ja tilanteen arvioimiseksi tarvitaan työterveyslääkärin tutkimusten lisäksi tarkempia neuropsykologisia tutkimuksia. Kognitiivisia muutoksia voi aiheuttaa myös pitkäaikainen päihteiden käyttö ja onkin todettu, että joka kymmenes alkoholisti kärsii dementiasta. Alkoholin aiheuttama muistihäiriö saattaa kuitenkin ainakin osittain korjaantua päihteiden käytön loputtua. (Viramo 2006, 37-38.)



Muistioireisiin voi olla myös muita hoidettavissa olevia syitä ja tekijöitä. Nämä tilat hoitamalla korjaantuvat myös muistihäiriöt ainakin osittain. Tällaisia voivat olla tietyt aineenvaihdunnan häiriöt kuten kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta, lisämunuaisen toiminnan häiriöt, maksan ja munuaisten vajaatoiminta, natriumin puute tai sokeritasapainon häiriöt. Muistihäiriöt saattavat johtua myös B-vitamiinien puutostiloista. Hoidettavissa olevia muistihäiriöitä voivat aiheuttaa myös mm. kallonsisäiset syyt kuten aivokasvaimet tai normaalipaineinen hydrokefalia. Aivojen hapenpuutostilat, lääkkeet tai keskushermostomyrkyt saattavat myös olla muistihäiriöiden syynä (Käypä hoito, 2006 Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito.)

### 2.1.1 Stressin vaikutus muistiin

Stressin vaikutusta kognitiivisiin toimintoihin on tutkittu lähinnä sen vaikutuksena muistitoimintoihin. Lyhytkestoisella stressillä on usein monitahoisempi vaikutus kuin kroonisella stressillä. Tilanteessa, jossa stressitaso nousee välittömästi jonkin asian mieleen painamisen jälkeen ja mieleen palautus tapahtuu stressireaktion tasaannuttua, voi akuutti stressi jopa parantaa muistisuoritusta. Akuutilla stressillä on epäedullinen vaikutus etenkin tieto- ja tapahtumamuistiin. Pitkittynyt stressi puolestaan heikentää eniten mieleen palautusta tilanteissa, joissa tapahtumiin ei liity muistamista tukevia vihjeitä. Stressitilanteissa ihmiselle muodostuu myös tunnelatautuneita muistikuvia, jotka ohjaavat käyttäytymistä myöhemmin vastaavissa tilanteissa. Jos tällaisessa tilanteessa ihmisellä on kokemus mahdollisuudesta itse vaikuttaa tilanteeseen, se suojaa stressiltä ja auttaa selviytymään myöhemmin vastaavassa tilanteessa. Päinvastaisessa tilanteessa ihmisen vaikutusmahdollisuuksien puute johtaa epäedulliselle stressille altistumiselle. Työpaikoilla stressiä voidaan siis ehkäistä luomalla työntekijöille aitoja vaikutusmahdollisuuksia ja turvaamalla riittävä sosiaalinen tuki työyhteisössä. (Sallinen 2006, 20-23.)

Stressiä voi työpaikalla aiheuttaa myös se, että työntekijä kokee ristiriitaa työn vaatimusten ja palkitsevuuden välillä, epäoikeudenmukaisuutta tai tyytymättömyyttä työssään. Työntekijä voi kokea, että hänelle asetetaan liian paljon vaatimuksia ja tavoitteita, jolloin tunne työtehtävien hallinnasta ja kontrollista saattaa kadota. Ihminen voi myös itse asettaa ylimitoitettuja tavoitteita työn suhteen ja aiheuttaa näin itselleen stressiä. Tällöin aikaa ja energiaa ei riitä työn lisäksi muille elämän alueille. Liiallisen stressin oireena voi olla uupumus, johon liittyy masennusta, ahdistusta ja erilaisia somaattisia oireita. Pitkittyessään stressi voi aiheuttaa myös terveyttä heikentäviä ja käyttäytymiseen liittyviä, psykologisia ja fysiologisia muutoksia. (Erkinjuntti 2009, 108-109.)

### 2.1.2 Unen vaikutus muistiin

Unella on suuri merkitys aivojen terveyden kannalta. Unen merkitys on tietoyhteiskunnassa entisestään korostunut. Ihmisen nukkuessa aivot käsittelevät kaikkea päivän aikana kerääntynyttä tietoa, kokemuksia ja tunnetiloja, jolloin ne kertautuvat ja järjestäytyvät mielessä. Unella on merkitystä muistin kannalta etenkin muistijälkien kiinnittymiseen eli syvän unen aikana aivojen valitsevat asiat tallentuvat pitkäkestoiseen muistiin. Unen aikana aivot myös täydentävät päivän aikana kulutettuja energiavarastojaan ja korjaavat mahdollisesti päivän aikana syntyneitä hapetusvaurioita. Unen puutteesta seuraa keskittymis- ja reagointikyvyn heikkenemistä, uuden oppimisen vaikeutta ja mahdollisesti tunteiden hallitsemattomuutta. Tutkimusten mukaan ihmisen suorituskyky romahtaa jo neljän valvotun yön jälkeen. (Erkinjuntti ym. 2009, 184-188).

Unen puute vaikuttaa ihmisessä eniten valppauteen ja luovuuteen. Liiallisella valvomisella on todettu olevan humalatilaa muistuttavia toimintakykyä heikentäviä vaikutuksia. Unella on tärkeä merkitys myös muistijälkien vahvistumisen ja asioiden välisten yhteyksien oivaltamisen kannalta.

Työelämässä olisikin tärkeää kiinnittää huomiota liian pitkien työpäivien tai -viikkojen tekemiseen ja vuorotyön järjestelemiseen. (Sallinen 2006, 20-23.)

Jo kahden peräkkäisen yön lyhyeksi jäävät yöunet heikentävät suoritusta ja valppautta, mutta nämä palautuvat nopeasti, kun unensaanti on riittävää. Sallisen (2007) johtamassa hankkeessa tutkittiin, miten työviikon kestävä osittainen univaje vaikuttaa toimintoihin ja kuinka kauan univajeesta palautuminen kestää. Tutkimuksessa todettiin myös, että kasautuvalla univajeella on epäedullinen vaikutus taitomuistiin. Työelämässä lyhyt yöuni saattaa näkyä esimerkiksi vaikeutena oppia uusien työvälineiden käyttöä, jos ne edellyttävät motorisia taitoja. (Työsuojelurahasto 2010.)

### 2.1.3 Työuupumus ja muisti

Työuupumuksella tarkoitetaan työstä johtuvien tekijöiden aiheuttamaa tilaa, johon kuuluu kokonaisvaltaista väsymystä, oman työn mielekkyyden tunteen häviämistä, kyynistymistä ja oman ammatillisen itsetunnon heikkenemistä. Uupunut ihminen kokee herkästi työssään riittämättömyyden tunteita ja vähitellen ammatillista toimintakyvyn alenemista. Työuupumukselle altistavia tekijöitä ovat työn psykologinen vaativuus, tiukka työaikataulu, vuorotyö, työn laadun ja määrän ennakoimattomuus, heikko mahdollisuus vaikuttaa omiin töölöihin, työn liian suuri määrä, puutteellinen kommunikaatio työyhteisössä ja työpaikan ristiriidat. Myös persoonalliset tekijät kuten tunnollisuus ja ahkeruus tai itsetunnon hauraus altistavat työuupumukselle. (Varjonen ja Suhonen-Malm 2006, 253).

Uupuneella henkilöllä kognitiiviset toiminnot ovat yleensä säilyneet suhteellisen hyvin ja niiden havaitseminen pelkästään haastattelemalla voi olla vaikeaa. Uupuneet henkilöt kuitenkin itse kokevat muistinsa heikentyneen. Tutkimuksissa on todettu krooniseen väsymysoireyhtymään sairastuneilla heikentymistä verbaalisen tiedon muistiin palautuksessa ja keskittymiskyvyssä. Kroonistuessaan uupumus aiheuttaa lisäksi heikkenemistä ei-kielellisen alueen

muistissa sekä näkö- ja kuulohavaintoihin perustuvassa huomiokyvyssä. (Varjonen ja Suhonen-Malm 2006, 253.)

## 2.2 Työikäisten muistisairaudet

Suomessa arvioidaan olevan noin 7000 työikäistä dementoivaa sairautta sairastavaa henkilöä eli 0,25% työikäisestä väestöstä. Määrä on varsin suuri, jos sitä verrataan muihin työikäisten neurologisiin sairauksiin. Työikäisten dementoivien sairauksien kirjo on osin erilainen kuin ikääntyneemmällä henkilöllä, esim. otsalohkoa vaurioittavia sairauksia on enemmän kuin vanhemmilla potilailla. Nuoremmilla henkilöillä dementoivat sairaudet ovat useammin myös perinnöllisiä (Juva 2006, 589.)

Työelämässä ovat henkisiin kykyihin kohdistuvat vaatimukset lisääntyneet ja uusien asioiden oppimisen vaikeudet tulevat esiin jo varhain. Usein muististaan huolestuu asianomainen itse, mutta melko pian myös läheiset alkavat kiinnittää asiaan huomiota. Muistiongelmia ei välttämättä ole ensimmäinen oire vaan esim. alkava Alzheimerin tauti saattaa aiheuttaa työn vaikeutumista, työtehtävien ja asioiden lisääntyntä tarkistelua, uupumista, masennusta ja toimintakyvyn laskua. Alkava muistisairaus saatetaan diagnosoida masennukseksi ja työuupumukseksi ja varsinainen muistisairaus saatetaan löytää vasta pidemmän seurannan jälkeen. (Juva 2004, 171-172.)

Vaikka työikäisten eteneviin muistisairauksiin ei työterveyshuollossa joka päivä törmää, on niiden mahdollisuus hyvä pitää mielessä. Perustutkimukset eli työntekijän tarkka haastattelu, kliininen tutkiminen ja laboratoriokokeet voidaan usein tehdä työterveysasemalla potilaan tuodessa esiin huolensa muistivaikeuksista. Perustutkimusten lisäksi on työikäisten muistihäiriöiden kohdalla hyvä konsultoida jo varsin varhain työpsykologia, neurologia ja neuropsykologia (Viramo 2006, 39.)

### 2.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus niin ikääntyneiden kuin työikäistenkin keskuudessa. Taudin kliininen oirekuva on samanlainen varhain tai myöhään alkavassa Alzheimerin taudissa. Poikkeuksena tästä ovat eräät taudin harvinaisemmat, yleensä perinnölliset muodot. Taudin oirekuva etenee tietyssä järjestyksessä aivomuutosten lisääntymiseen liittyen ja se voidaan jakaa oireettomaan vaiheeseen, varhaiseen Alzheimerin tautiin, lievään-, keskivaikeaan- ja vaikeaan Alzheimerin taudin dementiaan (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006, 126-130.)

Alzheimerin taudin riskitekijöitä ovat ikä, suvussa esiintynyt dementia, Downin syndrooma ja ApoE4-alleeli (apolipoproteiini E, alleeli ε4). Muita riskitekijöitä voivat olla aivovammat, alhainen koulutustaso, runsas alkoholin käyttö, aiemmin sairastettu masennus, korkea verenpaine, diabetes, korkea kolesterolipitoisuus, ylipaino ja metabolinen oireyhtymä. Estrogeenikorvaushoidon on todettu suojaavan Alzheimerin taudilta. Se saattaa eräiden tutkimusten mukaan alentaa sairastumisriskiä jopa 60%. Myös tulehduskipulääkkeillä, Apoe2-alleelilla ja antioksidanteilla on eräiden tutkimusten mukaan mahdollisesti Alzheimerin taudilta suojaava vaikutus (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006, 126-127.)

Alzheimerin taudin ensimmäiset tautimuutokset ilmaantuvat ohimolohkon, erityisesti hippokampuksen, sisäosiin, jotka ovat muistitoimintojen kannalta keskeisiä alueita. Ensimmäisiä oireita ovat muistin ja oppimiskyvyn vaikeudet. Henkilö itse kokee, että asiakokonaisuuksien oppiminen on vaikeaa, uusien nimien oppiminen työlästä ja vieraiden kielten hallinta vaikeaa. Työtehtävissä henkilö voi kokea hidastumista ja epävarmuutta erityisesti uusissa ja vaativissa tilanteissa. Ensimmäisiin oireisiin voi sisältyä myös harrastusten jääminen sekä stressioireet, uupumus ja alavireisyys. Varhaisessa Alzheimerin taudissa esiintyy selvää heikkenemistä erityisesti kielellisen muistin alueella. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006, 131.)

Neuropsykologissa testeissä loogisen kertomuksen tai sanalistan mieleen palautus on vaikeutunut ja viivästetty mieleen palautus on heikentynyt.

Sairastuneella ei vielä varhaisessa vaiheessa ole dementia-asteisia oireita vaan havaitaan lievä kognitiivinen heikentyminen eli mild cognitive impairment (MCI). Taudin edetessä heikentyvät vähitellen myös kielellinen ilmaisu ja havaintotoiminnot. Vaikeuksia esiintyy vähitellen myös sanojen löytämisen ja nimeämisen alueella. Kognitiivisista toiminnoista ongelmia tulee myös toiminnanohjauksen, prosessoinnin, toiminnan sujuvuuden ja aloitekyvyn alueilla. Nämä muutokset vaikeuttavat mm. taloudellisten asioiden hoitamista, rahankäyttöä tai vieraassa ympäristössä liikkumista. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006, 132-134.)

Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa on tyypillistä, että sairastunut itse pyrkii selittelemään muistivaikeuksiaan tai väittää, etteivät ne haittaa jokapäiväistä toimintaa. Omainen tai muu läheinen sen sijaan yleensä kuvaa asioiden unohtelua ja jatkuvasti pahenevaa muistivaikeutta, joka aiheuttaa lisääntyvää muistuttelun ja tarkistamisen tarvetta. Jo sairauden varhaisvaiheessa esiintyy muutoksia toimintakyvyssä. Sairastuneelle keskustelun seuraaminen on vaikeaa ja lukeminen ei suju entiseen tapaan, joten lukeminen saattaa vähitellen jäädä. Monille arjessa selviytyminen itsenäisesti on vaikeaa, koska talouden ja rahan käytön suunnittelu sekä lääkityksestä huolehtiminen vaikeutuvat. Työ- ja ajokyky heikkenevät usein jo sairauden varhaisessa vaiheessa ja moni luopuu harrastuksista. Osalla sairastuneista saattaa ilmetä myös käytösoireita; apatiaa, lisääntyntä ärtyneisyyttä tai ahdistuneisuutta ja masennusta (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006, 134-136.)

### 2.2.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarisella dementialla tarkoitetaan aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia dementioita. Tällaisia aivoverenkiertohäiriöitä voivat olla mm. suurten kaula- ja aivoverisuonten tauti, aivoinfarkti, pienten aivoverisuonten tauti, aivoverenvuoto tai verisairaudet. Aivoverenkiertohäiriöt lisäävät merkittävästi dementian riskiä ja aivoinfarkti onkin suurin yksittäinen dementian riskitekijä. Vaskulaariset

dementiat jaetaan useaan alatyyppiin syntymekanismin ja sijainnin perusteella ja niillä on tämän vuoksi hyvin erilaisia taudinkuvia. Sijainnin perusteella luokitellaan kortikaalinen ja subkortikaalinen vaskulaarinen dementia. Syntymekanismin perusteella dementia luokitellaan verenvuotoon, perintötekijöihin tai tulehduksiin liittyviin vaskulaariset dementia. Kortikaalinen eli moni-infarktidementia liittyy embolisiin aivoinfarkteihin ja niissä vauriot sijaitsevat yleensä isoaiivien kuorikerroksen alueella. Oireet alkavat yleensä nopeasti ja niitä voivat olla toispuolihalvauksen, näkökenttäpuutosten ja kävelyvaikeuksien lisäksi puheen tuoton ja ymmärtämisen vaikeudet, haparoivuus ja kömpelyys, hahmottamisvaikeudet ja toiminnanohjauksen häiriö. Muistihäiriöt ovat yleensä etenkin alkuvaiheessa lieviä. (Erkinjuntti ja Pirttilä 2006, 149-151.)

Subkortikaalinen eli pienten suonten dementia johtuu aivojen pienten verisuonten ahtautumisesta. Sairauden alku voi olla hidas tai kortikaalisen dementian tapaan nopea. Tyypillisin oire alkuvaiheessa on toiminnanohjauksen vaikeus eli ongelmia voi tuottaa tavoitteen asettelu, toiminnan aloittaminen, suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, toiminnan jaksottaminen ja toteuttaminen, tai toimintatavan muuttaminen ja säilyttäminen. Henkilöllä saattaa olla vaikeuksia myös käsitteellisessä ajattelussa. Oireita, joita ei aina tule mieltäneeksi dementiaan liittyviksi voivat olla myös koordinaatio- tai kävelyvaikeudet, tasapainohäiriöt, kaatumiset tai ongelmat suun ja nielun alueella, jotka voivat aiheuttaa sanojen muodostamisen ja nielemisen vaikeuksia. Alkuvaiheessa muistivaikeudet eivät ole kovin suuria subkortikaalisessa eikä kortikaalisessa dementiaassa. (Erkinjuntti ja Pirttilä 2006, 149-152).

### 2.2.3 Lewyn kappale-dementia

Lewyn kappale-dementia on 50-80 vuoden iässä alkava dementoiva, aivoja rappeuttava sairaus. Dementia alkaa vähitellen ja sitä esiintyy hieman

enemmän miehillä. Lewyn kappale-dementian oireet voidaan jakaa kognitiivisiin ja

psykoottisiin oireisiin sekä Parkinsonin taudin kaltaisiin oireisiin. Taudin alkuvaiheessa ei yleensä esiinny merkittävää muistihäiriötä, mutta muisti heikkenee vähitellen sairauden edetessä. (Rinne 2006, 163.)

Lewyn kappale-dementian diagnoosi perustuu kliinisiin oireisiin, jotka voidaan sekoittaa Alzheimerin taudin, vaskulaarisen dementian tai Parkinsonin taudin oireisiin. Lewyn kappale-dementian keskeisin piirre on etenevä kognitiivisten taitojen heikentyminen, joka haittaa normaalia toiminta- ja työkykyä. Diagnoosin varmentamiseksi vaaditaan ainakin oireina kognitiivisten kykyjen, tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelua, toistuvia visuaalisia hallusinaatioita tai parkinsonismin piirteitä. Lewyn kappale-dementiaan voi viitata myös REM-unen aikaiset käytöshäiriöt eli levoton liikehdintä unen aikana. Joillakin Lewyn-kappale dementiaa sairastavilla henkilöillä saattaa esiintyä toistuvia kaatumisia ja pyörymisiä, ohimeneviä tajunnanhäiriökohtauksia, harhaluuloja tai masentuneisuutta. Parantavaa hoitoa sairauteen ei ole, mutta esim. käytösoireita, tarkkaavuuden häiriötä ja parkinsonismia voidaan yrittää yksilöllisesti lievittää lääkityksellä. (Rinne 2006, 164-168, 635.)

#### 2.2.4 Frontotemporaaaliset degeneraatiot

Frontotemporaaaliset degeneraatiot eli otsalohkorappeumat ovat sairauksia, jotka vaurioittavat aivojen otsalohkoja. Asiantuntijat jakavat frontotemporaaaliset degeneraatiot frontotemporaaliseen dementiaan, sujumattomaan afasiaan ja semanttiseen dementiaan, joiden oirekuvat poikkeavat toisistaan. Frontotemporaalinen dementia alkaa yleensä 45-65 vuoden iässä ja keskeisinä piirteinä ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset sekä aloitekyvyttömyys ja apaattisuus. Tutkimuksissa tulee yleensä esiin myös toiminnanohjauksen vaikeuksia ja kognitiivista hitautta ja juuttumista. Varsinaista muistin heikkenemistä ei etenkin alkuvaiheessa esiinny, mutta



mm. tarkkaavaisuuden, keskittymiskyvyn ja suunnitelmallisuuden heikkeneminen aiheuttaa myös muistivaikeuksia. (Rinne 2006, 167-171.)

Jo sairauden alkuvaiheessa esiintyy usein arvostelu- ja kontrollikyvyn puutetta, mikä voi aiheuttaa estotonta käyttäytymistä ja sopimatonta kielenkäyttöä. Toisaalta henkilön tunne-elämä saattaa latistua eikä hän reagoi entiseen tapaan iloiisiin tai surullisiin tapahtumiin. Sairauteen liittyvä apaattisuus saatetaan tulkita myös masentuneisuudeksi, vaikka masennus ei frontotemporaaliseen dementiaan tyypillisesti kuulu. (Erkinjuntti ja Huovinen 2008, 92-94.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa ongelmat painottuvat kielelliselle alueelle. Vaikeuksia esiintyy sekä puheen tuoton että ymmärtämisen alueella. Spontaani puheen tuotto on työlästä ja sitä vaikeuttavat myös nimeämis- ja sanojen löytämisongelmat. Henkilöllä esiintyy yleensä myös vaikeuksia kirjoittamisessa ja lukemisessa. Sairaus alkaa usein hiipien ja etenee vähitellen. Muistivaikeudet eivät kuulu etenäkään sairauden alkuvaiheeseen (Rinne 2006, 173.)

Otsalohkorappeumien kolmas muoto semanttinen dementia alkaa yleensä 50-70 vuoden iässä hiipien ja se etenee vähitellen. Oireena esiintyy sanojen merkityksen katoamista sekä nimeämis- ja ymmärtämisvaikeuksia. Henkilö saattaa puhua varsin sujuvasti, mutta puheessa ei ole sisältöä ja siinä esiintyy kieliopillisia virheitä ja sanavääristymiä. Merkityksen katoaminen aiheuttaa kielenalueen ongelmien lisäksi puutteita myös näönvaraiseen havainnointiin liittyvissä toiminnoissa eli esim. kasvojen tai esineiden tunnistaminen vaikeutuu. (Rinne 2006, 173.)

### 2.3 Muistisairauksien tutkiminen, hoito ja kuntoutus

Työikäisten muistisairauksissa hoidon erityiskysymyksiä ovat työkyvyn arviointi ja töistä pois jääminen, muista aktiiviseen elämään liittyvistä asioista luopuminen, psyykkiset ongelmat, parisuhteen ja lasten ongelmat. Työ on monelle ihmiselle itsetunnon kannalta tärkeä asia ja siitä ennen aikaisesti

luopuminen saattaa olla vaikeaa ja raskasta. Työyhteisö on monelle työn lisäksi tärkeä sosiaalisen verkoston ylläpitäjä. Oman ongelmansa voivat muodostaa työikäisenä muistisairauteen sairastuneelle myös kodin ulkopuolisten ihmissuhteiden ylläpito ja auton ajo-oikeudesta luopuminen. Sairauden varhaisvaiheessa näissä asioissa ei välttämättä vielä ole ongelmia ja tuttavapiirin saattaa jopa olla vaikea uskoa sairauteen, kun oireita ei ulkoisesti ole havaittavissa. (Juva 2006, 592.)

Dementoivan sairauden tunnistamisella ja diagnosoinnilla on tärkeä merkitys työikäisen itsensä lisäksi hänen lähipiirilleen ja perheelleen. Muistisairauden varhaisvaiheessa, jos diagnoosi on tehty jo sairauden alkuvaiheessa, työ- ja toimintakyky ovat vielä mahdollisesti jopa ennallaan ja sairastunut pystyy itse järjestelemään asioitaan ja tekemään tulevaisuutta koskevia päätöksiä. Mahdollisimman aikaisin tehty diagnoosi mahdollistaa myös lääkityksen aloittamisen. Muistisairaus on enemmän kuin sairastunutta itseään koskeva sairaus, sillä siihen nivoutuu myös perhe ja mahdollisesti koko lähipiiri. Onkin tärkeää, että perhe saa jo alkuvaiheessa oikeaa tietoa sairaudesta ja tukea raskaassa tilanteessa. Tietoa sairaudesta voi saada lääkärin kanssa keskusteltaessa, minkä lisäksi olisi hyvä saada myös kirjallista materiaalia, jota voi rauhassa käydä lävitse. Monet potilasjärjestöt järjestävät myös sairastuneille ja omaisille kohdennettuja ensitieto- ja vertaistukikursseja, joiden tärkeä anti on tiedon saannin lisäksi muiden samassa elämäntilanteessa olevien kohtaaminen ja ajatusten vaihtaminen (Juva 2004, 175.)

### 2.3.1 Työikäisen muistihäiriöpotilaan perus- ja jatkotutkimukset

Potilaan valittaessa muistiongelmia niiden syy tulee Käypä hoito-suosituksen (2006) mukaan selvittää. Suosituksen tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaistaa muistihäiriöiden ja dementiaan johtavien sairauksien diagnostiikkaa ja lääkehoitoa.

Perustutkimuksilla pyritään löytämään erikoishoitoa vaativat tilat kuten masennus, tunnistamaan tavallisimmat muistisairaudet ja erikoislääkärin arviota ja jatkotutkimuksia edellyttämät tilat. Perusselvityksessä on tärkeää haastatella myös omaista.

Anamneesissa selvitetään tutkittavan yleinen terveydentila, aivojen toimintaa heikentävät tekijät kuten ikä, geneettiset tekijät, koulutustaso, sosiaalinen verkosto, masentuneisuus, liikunnan harrastaminen, aivovammat, aivoverenkiertohäiriöt. Näiden lisäksi keskustellaan tutkittavan lääkkeiden ja päihteiden käyttö. Omaisen haastattelu on anamnestisia tietoja kerätessä myös tärkeää. Pyritään myös selvittämään minkälaisia ensioireita tutkittavalla on esiintynyt ja miten ne mahdollisesti ovat edenneet. (Käypä hoito 2006.)

Kliinisellä tutkimuksella havainnoidaan potilaan kävely ja liikuntakyky yleisesti, mahdolliset puolioireet, Parkinson-tyyppiset oireet, puhe, silmänliikkeen häiriöt ja tahdonalaisten liikkeitten sujuvuus. Lisäksi tutkitaan yleistila ja sydän- ja verisuonten tila. Muistioireita valittavalle henkilölle tehdään myös henkisen suorituskyvyn tarkempi arviointi, jolloin haastattelemalla selvitetään potilaan vireystaso, keskittyminen ja orientaatio, arvostelu- ja päättelykyky, muisti ja kielen alueelta puheen tuottaminen ja ymmärtäminen. arvon tukena voidaan käyttää MMSE- testiä ja laajempaa CERAD-tehtäväsarjaa. Kliinisellä tutkimuksella arvioidaan myös psykiatrisia ja käytösoireita kuten mielialaa ja ahdistuneisuutta, levottomuutta tai poikkeavaa käyttäytymistä, psykoottisia oireita tai persoonallisuuden muutoksia. (Käypä hoito 2006.)

Muistiongelmia selviteltäessä tehdään myös laboratoriotutkimukset, jolloin otetaan verenkkuva, verenglukoosi, natrium, kalium, kilpirauhasen, maksan ja munuaisen toimintakokeet ja B12-vitamiini. Lisäksi voidaan harkinnanvaraisesti ottaa kokonaiskolesteroli, lasko ja EKG. Aivojen kuvauksissa käytetään tietokonetomografiaa tai magneettikuvausta, joista jälkimmäinen on tarkempi osoittamaan juuri muistisairauksille tyypillisiä muutoksia. (Käypä hoito 2006.)

Alzheimerin taudin Käypä hoito-suosituksen (2006) mukaan saatetaan tarvita lisäksi myös erikoislääkärin arviota ja erityistason lisätutkimuksia. Laaja

neuropsykologinen tutkimus on aiheellinen työikäisten, lieväoireisten ja korkeasti koulutettujen kohdalla sekä dementian ja depression tai neuropsykologisten erityishäiriöiden erottamiseksi. Samoin neuropsykologiset tutkimukset on aiheellista tehdä myös muistiongelmista kärsivän työkyvyn tai ajokyvyn arvioimiseksi tai jos taudinkuvassa esiintyy epätyypillisiä oireita.

### 2.3.2 Muistisairauksien ennaltaehkäisy

Muistisairauksien kohdalla on väestötutkimuksissa löydetty sairauksilta suojaavia ja altistavia tekijöitä. Osaan näistä ihminen voi omilla elintavoillaan vaikuttaa, osaan ei. Eniten tutkimuksia on tehty yleisimmän muistisairauden, Alzheimerin taudin kohdalla. Tutkimuksissa on todettu, että Alzheimerin taudin riskitekijöitä, joihin emme voi vaikuttaa ovat korkea ikä, sairauden esiintyminen lähisuvussa, ApoE e4-alleelin kantajuus tai harvinaiset geenivirheet (Suhonen ym.2008, 9.)

Rovio (2008) on väitöskirjatutkimuksessaan tutkinut fyysisen aktiivisuuden yhteyttä dementian ja Alzheimerin taudin kehittymiseen. Tutkimus on osa väestöpohjaista ”Kardiovaskulaariset riskitekijät, ikääntyminen ja dementia”-tutkimusta (CAIDE). CAIDE-tutkimuksessa kartoitettiin keski-ikäisten fyysisen aktiivisuuden muotoja, elintapoja ja apoE:n esiintymistä sekä näiden yhteisvaikutusta dementian ja Alzheimerin taudin riskiin sekä aivojen tilavuuteen ja valkean aineen muutoksiin. Tutkittavat olivat väestöryhmästä, joka oli tutkittu Pohjois-Karjala-projektin ja FINMONICA tutkimuksen yhteydessä jo aiemmin vuosina -72, -77, -82 tai -87, jolloin oli kartoitettu edellä mainittuja asioita. Tutkimuksessa havaittiin, että säännöllinen, vähintään kaksi kertaa viikossa toteutettu, hengästymistä ja hikoilua aiheuttanut vapaa-ajan liikunta alensivat dementian ja Alzheimerin taudin riskiä huomattavasti. Positiivinen vaikutus oli nimenomaan vapaa-ajan liikunnalla eikä työ- tai työmatkaliikunnalla. Liikunnan suojaava vaikutus korostui apoE 4 –alleelia kantavilla henkilöillä.

CAIDE-projektin osatutkimuksena Ngandu (2006) tutki elintapojen vaikutusta dementiaan ja kognitiivisen heikentymiseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin keski-ikäisen lihavuuden, alkoholin käytön, tulotason ja koulutuksen osuutta dementian ja kognition laskun esiintymiseen. Keski-ikäisen lihavuudella todettiin olevan yhteyttä suurentuneeseen dementian ja Alzheimerin taudin riskiin – ei siis taudin puhkeamiseen. Merkittäväksi riskitekijäksi osoittautuivat myös korkea verenpaine ja kolesterolitaso. Yhdessä nämä riskitekijät lisäsivät dementian riskiä huomattavasti. Alkoholin käytön suhteen tutkimus osoitti kohtuukäytön edun. Harvoin alkoholia käyttävillä oli pienempi riski lievään kognition laskuun myöhemmällä iällä kuin alkoholia runsaasti tai ei lainkaan käyttävillä. Matalalla tulotasolla keski-ikästä myöhemmään näytti olevan vaikutusta dementian riskiin, samoin kuin matalalla koulutustasollakin. Korkea koulutustaso näytti myös myöhentävän dementian ilmaantumista. Syy-seuraussuhteet ovat kuitenkin oletuksia.

### 2.3.3 Muistisairauksien hoito ja kuntoutusmahdollisuudet

Vuonna 2006 valmistuneen Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito Käypä hoito-suosituksen tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaistaa muistioireista ja dementiaan johtavien sairauksien oireista kärsivien henkilöiden diagnostiikkaa ja lääkehoitoa. Potilaan ilmaisemien muistioireiden syy tulee selvittää. Jos todetaan viitteitä etenevästä muistisairaudesta mutta diagnoosia ei voida heti tehdä, potilasta tulee seurata säännöllisesti, tilanteen mukaan puolen vuoden tai vuoden väliajoin.

Ennen muistisairauksien hoidon aloittamista tehdään asianmukaiset diagnostiset tutkimukset ja eliminoidaan muut henkistä suoriutuskykyä heikentävät tekijät, kuten sopimaton lääkitys. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on potilaan kognitiivisen suoriutuskyvyn ja suoriutuskyvyn ylläpitäminen, tilan vakiinnuttaminen ja käytösoireiden lievittäminen. Lääkehoitoa jatketaan niin kauan kuin siitä on hyötyä ja hoitovastetta seurataan ½ -1 vuoden välein.

Lääkitys on osa Alzheimerin taudin kokonaisvaltaista hoitoa. Sen onnistuminen edellyttää saumatonta yksilöllistä hoitoketjua sekä yksilöllistä kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa, jota tarkistetaan säännöllisesti taudin edetessä. Näitä potilaita tulee seurata säännöllisesti valitusta hoitomuodosta riippumatta.

Käyttösoireiden säännöllinen kartoittaminen kuuluu potilaiden seurantaan. Niiden ilmaantuessa tai pahentuessa tulee selvittää somaattisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden osuus. Useimpien käyttösoireiden osalta lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. Osa käyttösoireista häviää yleensä itsestään, joten lääkehoito on tilapäistä. Sen tarve tulee arvioida 3 – 6 kuukauden välein.

Käypä hoito-suosituksen toimenpiteitä diagnoosin jälkeen:

- *Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumaton yksilöllinen hoitoketju, joka mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja sairastuneen ja hänen omaisensa selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteuttamisen oikeaan aikaan. Lääkehoito on osa tätä kokonaisuutta.*

- *Jokaiselle potilaalle laaditaan yhdessä hänen ja hänen läheisensä kanssa yksilöllinen kuntoutus- ja palvelusuunnitelma, jota tarkistetaan säännöllisesti taudin edetessä.*

- *Keskeisiä tavoitteita hoidossa ovat*

- *tilanteen tekeminen käsitettäväksi potilaalle ja läheisille*
- *muutosten ja riskien hallinta*
- *elämänlaadun turvaaminen*
- *kotona vietetyn ajan pidentäminen.*

- *Diagnoosin kertominen yleiskielen sanoin sekä potilaan ja hänen läheistensä havaitsemien vaikeuksien ja kokemusten selittäminen aivosairaudesta johtuviksi tekee tilanteen paremmin ymmärrettäväksi.*

- *Muutosten ennakointi ja riskien hallinta auttavat selviytymään uusissa tilanteissa taudin edetessä.*

- *Lähtökohtana on realistinen ennuste. Tulevaisuuden suunnittelussa on tärkeää*

- *poikkeamien havaitseminen taudinkuvassa*
- *varautuminen kriisitilanteisiin*

- oman tahdon ilmaiseminen (esimerkiksi testamentti, hoitotahto)
  - tukiverkoston järjestäminen (omat lääkärit, kotihoito, muistihoitajat ja dementianeuvojat).
- Hoidon keskeinen tavoite on elämänlaadun turvaaminen, mihin liittyy elämäntavan ja taustan vaaliminen, sosiaalisen arvokkuuden ja verkon ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen.
  - Kotona vietettyä aikaa voidaan pidentää monin eri keinoin kuten kuntouttavilla, selviytymistä ja tukevilla toimenpiteillä, oikea-aikaisilla tukitoimilla, taloudellisilla tukitoimilla, omaisen tukemisella ja turvallisuutta lisäävillä ratkaisuihin.
  - Muistisairauksien tutkimuksen ja hoidon tehtävät ovat yhteisiä ja onnistuminen edellyttää eri toimijoiden joustavaa työnjakoa.

Dementoivien sairauksien eri vaiheissa tarvitaan erilaisia kuntoutuspalveluita. Parhaat tulokset saadaan moniammatillisella eli eri ammattiryhmien edustajien yhteistyöllä. Diagnoosin jälkeen on tärkeää, että sairastunut ja hänen omaisensa saavat oikeaa perustietoa sairaudesta ja tarjolla olevista palveluista esim. kuntoutusohjaajan toteuttamana tai osallistumalla ensitietokursseille. Muistisairaille henkilöille ja heidän omaisilleen on tarjolla myös vammaisjärjestöjen ja kuntoutuslaitosten järjestämiä sopeutumisvalmennuskursseja. (Gränö ym. 2006, 15-20.)

Muistisairaiden kuntoutumista edistäviä terapiamuotoja ovat fysioterapia, neuropsykologinen kuntoutus, musiikkiterapia, puheterapia, taideterapia ja toimintaterapia. Muistisairaahan henkilön hoidossa korostuu kuntouttava työote, jolloin sairastunut itse voi olla aktiivinen osallistuja, asettaa tavoitteita, tehdä valintoja ja suunnitella tulevaisuuttaan. Sairauden alkuvaiheessa tämä tarkoittaa sairastuneen tukemista elämään itsenäisesti. Sairastuneen fyysisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää ja tämän vuoksi liikunnan harrastamisesta kannattaa tehdä elämäntapa. Liikunta aktivoi aivoja, tuo mielekästä tekemistä arkeen ja ennalta ehkäisee kunnon huononemista. (Gränö ym. 2006, 40-48.)

### **3 TYÖTERVEYSHUOLTO MUISTIHÄIRIÖIDEN JA – SAIRAUKSIEN TUNNISTAJANA JA TYÖIKÄISTEN MUISTISAIRAIDEN OPASTAJANA**

Suomessa työterveyshuollolla on pitkät perinteet aina teollistumisen alusta asti. Nykyisen työterveyshuollon alkusysäyksenä voidaan pitää työmarkkinajärjestöjen välistä sopimusta työpaikkaterveydenhuollon ja etenkin ehkäisevän työterveyshuollon ja työhön liittyvien vaarojen torjunnan kehittämisestä vuonna 1971. Vuosien varrella työterveyshuollon sisältö ja menetelmät ovat muuttuneet ja kehittyneet työelämän vaatimusten muuttuessa. Työterveyshuollon keskeiseksi sisällöksi on sairaudenhoidon ja vaarojen torjunnan sijaan painottunut entistä enemmän sairauksien ja työkyvyttömyyden ennaltaehkäisy ja työkykyä ylläpitävä toiminta. Nämä muutokset edellyttävät työterveyshuollolta entistä laaja-alaisempaa ja kokonaisvaltaisempaa roolia työntekijöiden työssä jatkamisen tukijana ja koko työpaikan kehittämisen voimavarana (Antti-Poika 2006, 22-25.)

Työterveyshuollon piirissä on vuoden 2007 Työterveyslaitoksen Työterveyshuolto Suomessa-katsauksen mukaan 1,87 miljoonaa henkilöä, joka kattaa 87% työntekijöiden määrästä. Katsauksessa esitetään, että työterveyshuoltoa tulisi kehittää edelleen ennaltaehkäiseväksi ja sen sairaanhoitoon rakentaa hyvä käytäntö, joka selkiyttää sairaanhoidon eri tasoja ennaltaehkäisyyn ja työ- ja toimintakyvyn tukemisen näkökulmasta. (Manninen 2009.)

#### **3.1. Työterveyshuollon toiminnan periaatteet**

Työterveyshuolto jaetaan lakisääteiseen toimintaan ja sairaanhoitoon. Työterveyshuollon lakisääteiseen toimintaan kuuluu työntekijän terveydentilan, työ- ja toimintakyvyn sekä työstä ja työympäristöstä aiheutuvan sairastumisen



vaaran selvittäminen, arviointi ja seuranta. Työterveyshuollon lakisääteisen toiminnan piiriin kuuluvat myös vajaakuntoisten työntekijöiden työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen samoin kuin tarvittaessa kuntoutukseen ohjaus. (Manninen ym. 2007, 185-186.)

Työnantajalla on mahdollisuus järjestää työntekijöille lakisääteisen toiminnan lisäksi myös sairaanhoito- ja muita terveydenhoitopalveluja. Työterveyspainotteisen sairaanhoidon sisältö kirjataan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. Työterveyshuoltoon kuuluva sairaanhoito poikkeaa painotukseltaan muun perusterveydenhuollon sairaanhoidosta eli siinä

- *työntekijöiden ja asiakastoimipaikkojen tarpeet huomioidaan sairaanhoitoa järjestettäessä,*
- *sairauksien työperäisyys arvioidaan työlääketeollisen osaamisen pohjalta,*
- *yksilön työ- ja toimintakykyä tuetaan vaikuttamalla paitsi yksilöön itseensä myös työhön ympäristöineen ja työyhteisöön,*
- *sekä lyhyen että pitkän aikavälin työkykyarviot tehdään työntekijöiden, työpaikkojen ja työtehtävien tuntemuksen perusteella,*
- *työssä selviytymistä seurataan jatkuvasti, jotta riittävän varhain voidaan käynnistää kuntoutus, hoitoonohjaus ja muut tukitoimet,*
- *annetaan tietoja työssä esiintyvistä terveyteen vaikuttavista tekijöistä,*
- *huomioidaan työn asettamat vaatimukset ja mahdollisuudet hoitoja valittaessa ja työntekijän palatessa töihin sairauden jälkeen,*
- *estetään työhön liittyvien sairauksien paheneminen ja toistuminen*
- *tiivis ja pitkäaikainen potilas-lääkäri/hoitajasuhde mahdollistaa varhaisen diagnostiikan, hoidon ja hyvän seurannan.*

(Manninen ym. 2007, 189.)

Viimeisin työterveyslaki (1383/2001) on tullut voimaan 1.1.2001. Laissa painotetaan edelleen työnantajan velvollisuutta järjestää työterveyshuolto työntekijöilleen, ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden käyttöä sekä sairausvakuutuslakiin perustuvaa työterveyshuollon kustannusten korvausta. Laki ohjaa myös entistä kiinteämpään yhteistyöhön työnantajan, työntekijöiden

ja työterveyshuollon kesken sekä selkeyttää vastuita ja tehtäviä työterveyshuollon ja työnantajien välillä. Työterveyshuollon rooli on tärkeä työntekijään kohdistuvien toimenpiteiden lisäksi työn, työympäristön ja työyhteisön terveyden ja turvallisuuden kehittäjänä koko työuran ajan. Tavoitteena on saada pidettyä työntekijät työelämässä nykyistä pidempään. (STM 2004,10.)

Työnantajan velvollisuudesta huolehtia työntekijöidensä työterveydestä ja -turvallisuudesta säädetään EY:n vuonna 1989 hyväksymässä työterveyden ja työturvallisuuden puitedirektiivissä (89/391/ETY). Suomessa tämä direktiivi on pantu käytäntöön työterveyshuolto- ja työturvallisuuslaeilla ja niitä täydentävillä asetuksilla (STM 2004, 14.)

Voimassa oleva työterveyshuoltolaki säättää työnantajan velvollisuudesta järjestää työterveyshuolto sekä sen sisällöstä ja toteuttamisesta. Lain tarkoituksena on kolmikannassa työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteisvoimin edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä ja työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Lisäksi lain tarkoituksena on edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa ja edistää koko työyhteisön toimintaa. Lakia sovelletaan kaikkeen työhön, jossa työnantaja on velvollinen noudattamaan työturvallisuuslakia. (Työterveyslaki 1383/2001.)

Työterveyshuoltolaki on puitelaki, jota täydentää valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001). Asetuksessa tarkennetaan työterveyshuollon tavoitteita ja toimintatapaa sekä määritellään työterveyshuollon suunnittelun pääpiirteitä ja ohjeistetaan arvioinnissa käytettävistä välineistä sekä toteuttamisen sisällöstä. Asetuksessa hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä ohjeistetaan myös työpaikkaselvitysten ja terveystarkastusten tavoitteita, sisältöä ja niiden toteuttamista. Omat pykälänsä asetuksessa on myös vajaakuntoisten työntekijöiden työssä selviytymisen seurannasta ja edistämisestä sekä kuntoutukseen ohjaamisesta sekä neuvonnan ja ohjauksen antamisesta. Asetus sisältää myös määritelmät

työterveyshuollossa toimivien ammattihenkilöiden pätevyydestä ja koulutuksesta (Valtioneuvoston asetus 1484/2001.)

Työterveyshuoltoa koskevia säädöksiä sisältyy työterveyshuoltolain lisäksi työturvallisuuslakiin, sairausvakuutuslakiin ja kansanterveyslakiin. Lakien sisällöstä säädetään tarkemmin niihin liittyvissä asetuksissa. Työterveyshuollon toimintaa ohjataan myös erinäisillä oppailla ja ohjeilla (STM 2004, 10-11.)

### 3.1.1 Työterveyshuollon toteutus ja järjestäminen

Työterveyshuoltolaissa määritellään työnantajan velvollisuus järjestää työterveyshuolto työntekijöilleen. Lain mukaan työterveyshuolto on järjestettävä työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Työterveyshuollon laajuudessa on otettava huomioon työ, työpaikan olosuhteet, henkilöstö ja niiden muutokset (Työterveyslaki 1383/2001.)

Työterveyshuolto voidaan järjestää hankkimalla ne terveyskeskukselta, järjestämällä ne itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkimalla tarvitsemansa palvelut muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä (Työterveyslaki 1383/2001).

Työnantaja ja työterveyshuolto sopivat työterveyshuoltopalvelujen järjestämisestä, sisällöstä ja laajuudesta kirjallisella sopimuksella. Ennen sopimuksen allekirjoittamista asia pitää käsitellä työpaikan työsuojelutoimikunnassa tai sen korvaavassa yhteistoimintamenettelyssä. Työnantajalla on oltava työterveyshuollon toimintaa koskeva kirjallinen toimintasuunnitelma, joka perustuu työterveyshuollon tekemään esiselvitykseen ja työpaikkaselvityskäynnillä tehtyyn perusselvitykseen. (Manninen ym. 2007, 76-77.)

Työterveyshuollon esiselvityksellä hankitaan tietoa perusselvityksen pohjaksi. Siinä hyödynnetään aikaisempia työpaikkatietoja, omia havaintoja ja yleisiä toimialakohtaisia tietoja. Esiselvityksellä pyritään luomaan kuva työpaikan toiminnasta, tuotannosta, johtamisjärjestelmästä sekä turvallisuus- ja työkykyä ylläpitävästä toiminnasta. Yleensä esiselvityksen tekee työterveyshuollon ammattihenkilö, mutta tarvittaessa myös asiantuntijoita voi osallistua selvityksen tekemiseen jo tässä vaiheessa. (Manninen ym. 2007, 90.)

Perusselvityksessä työterveyshuollon ammattihenkilöt ja tarvittaessa asiantuntijat keräävät tietoa haastattelemalla, havainnoimalla ja mahdollisilla työolojen, -välineiden ja -tilojen mittauksilla. Kerättyjen tietojen perusteella he tunnistavat työn keskeiset vaaratekijät ja arvioivat niiden terveydellistä merkitystä. Selvityksen perusteella he tekevät myös toimenpide-esitykset ja suunnitelman toiminnan jatkosta sekä tarvittavista terveystarkastuksista. Työsuojeluhenkilöstö ja esimiehet osallistuvat selvitysten suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan. Perusselvityksessä työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat arvioivat aina psykososiaalisten ja fyysisten kuormitustekijöiden, työhygieenisten vaaratekijöiden ja tapaturmavaarojen esiintymisen. Tässä vaiheessa työterveyshuolto ja työnantaja päättävät myös suunnattujen selvitysten tarpeesta työpaikan tarpeiden mukaisesti. (Manninen 2007, 91.)

Työpaikkaselvitykseen perustuva ja toimintasuunnitelmaan kirjattu terveystarkastus on työterveyshuollon ydinprosessi ja osa ennalta ehkäisevää ja työterveyttä edistävää toimintaa. Lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluvan terveystarkastuksen perusteena voi olla työn aiheuttama terveydellinen vaara, työstä johtuva terveydellinen vaatimus tai erityisalojen turvallisuusnäkökohdat. Lakisääteisten terveystarkastusten lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen työhöntulotarkastuksia ja määrääjoin toistuvia terveydentilaa sekä työ- ja toimintakykyä kartoittavia terveystarkastuksia. (Manninen ym. 2007, 124.)

Työpaikkaselvitysten pohjalta määritellään tarvittavat työterveyshoitajan suorittamat terveystarkastukset, joille on Hyvän työterveyshuoltokäytännön

mukaisesti määriteltävä tavoitteet, sisältö, toteutus ja arviointi. Terveystarkastuksissa tietoa kerätään paljolti kyselemällä ja keskustelemalla, joiden apuna voidaan käyttää myös erilaisia kyselylomakkeita kuten työstressikyselylomaketta, työkykyindeksilomaketta tai alkoholin suurkulutuksen seulontaan kehitettyä AUDIT-testiä. (Kanerva ym. 1998.)

Työterveyshuollon terveystarkastuksilla tarkoitetaan terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä koskevaa tarkastusta tai terveyden edistämiseen liittyvää terveyden tilan selvittämistä. Terveystarkastuksella voidaan hankkia tietoa työntekijästä, työstä, työolosuhteista tai työyhteisön toimivuuteen liittyvistä asioista. Tarkastuksen tavoitteena voi terveydentilan arvioinnin lisäksi olla myös ohjaus ja neuvonta terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin tai henkilökohtaisten suojainten käyttöön. Säännöllisillä tarkastuksilla voidaan selvittää myös mahdollisimman varhain tarpeellinen hoidon tai kuntoutuksen tarve ja ohjata työntekijä hoitoon tai kuntoutukseen. (Asetus 1484/2001.)

Työterveyshuollossa toteutettavien terveystarkastusten tavoitteena voi olla ammattitautien tai muiden työhön liittyvien sairauksien puhkeamisen ehkäisy. Ennaltaehkäisevässä mielessä voidaan myös terveystarkastuksen perusteella siirtää sairastumisvaarassa oleva työntekijä pois terveydelle vaarallisesta työstä tai neuvonnalla opastaa työntekijää työssä olevista vaaroista ja niiden torjuntatoimista (TTL ja STM, 2005.)

Työterveyshuoltolaki määrittelee sen, mitä työterveyshuoltoon kuuluu. Ns. lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen lakisääteisten tarkastusten lisäksi vapaaehtoisia terveystarkastuksia kuten työhöntulotarkastuksia. Työnantaja voi myös järjestää määräajoin toistuvia terveyden ja toiminta- ja työkyvyn seurantatutkimuksia esim. ikäryhmittäin, ammattiteittain tai työyksiköittäin (Antti-Poika 2006, 260). Lakiin perustuvia minimivaatimuksia työterveyshuollon toteuttamiseksi ovat työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset, toimenpide-ehdotukset, tietojen antaminen ja ohjaus, työssä selviytymisen seuranta ja kuntoutukseen ohjaaminen, yhteistyö alan muiden toimijoiden kanssa, ensiavun järjestäminen, työkyvyn ylläpitäminen ja

edistäminen sekä työterveyshuollon laadun seuranta ja arviointi. (Työterveyslaki 1383/2001.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyslääkärit ja työterveyshoitajat. Vakituisesti työterveyslääkärinä toimivan tulee olla työterveyshuollon erikoislääkäri. Osa-aikaisena työterveyshuollossa toimivalta lääkärieltä vaaditaan seitsemän opintoviikon pituinen työterveyshuollon koulutus. Työterveyshoitajalta vaaditaan samoin joko ammattikorkeakoulussa suoritettut työterveyshuollon erikoistumisopinnot tai seitsemän opintoviikon pituinen työterveyshuollon koulutus. (Asetus 1484/2001.)

Työterveyshuollossa asiantuntijatehtävissä toimivat fysioterapeutit ja psykologit, jotka ovat suorittaneet työterveyshuollon erikoistumisopinnot tai työterveyshuollon seitsemän opintoviikon koulutuksen. Asiantuntijoina voivat toimia myös eri alojen korkeakoulututkinnon tai ammatillisen koulutuksen suorittaneet ammattihenkilöt, joilla on riittävät tiedot työterveyshuollosta. Näitä voivat olla esim. työhygienian, ergonomian, ravitsemuksen tai liikunnan alan koulutuksen saaneet henkilöt (Asetus 1484/2001.)

### 3.1.2 Yhteistyö työterveyshuollossa

Työterveyshuollon yhteistyö eri tahojen ja ammattilaisten kanssa on kirjattu työterveyshuoltolakiin ja sitä täydentävään asetukseen. Nämä edellyttävät yhteistyötä muun terveydenhuollon, työhallinnon, opetushallinnon, sosiaalivakuutuksen, sosiaalihuollon, työsuojeluviranomaisten ja tarvittavien muiden tahojen kanssa. Laki velvoittaa sekä työpaikkoja että työterveyshuoltoa tarvittaessa moniammatilliseen yhteistyöhön (Juutilainen 2004, 49-50). Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan työterveyshuollon tulee toimia moniammatillisuuden lisäksi myös monitieteisesti, mikä tarkoittaa tietämystä ja osaamista eri tieteenaloilta kuten lääketieteen, ergonomian, työhygienian, psykologian, toksikologian ja biologian alueilta. Toiminnassa tämä tarkoittaa sitä, että työterveyslääkäri ja -hoitaja käyttävät suunnittelussa ja toteutuksessa

tukenaan eri tieteenaloja edustavia asiantuntijoita. Onnistunut monitieteellisyys hyödyntäminen edellyttää, että työterveyshuoltotiimin jäsenet tietävät toistensa erikoisosaamiset ja yhteistyö toteutuu konkreettisesti. Monitieteellisyys toteutuu parhaiten, jos se huomioidaan jo työterveyshuollon toimintaa ja prosesseja suunniteltaessa (Antti-Poika 2006, 237-239.)

Työnantajan on jo työterveyshuollon järjestämistä suunnitellessaan tehtävä yhteistyötä työntekijöiden ja heidän edustajiensa kanssa. Käytännössä yhteistyö voi toteutua mm. työsuojelutoimikunnan tai yhteistoimintaneuvottelukunnan kokouksissa. Työterveyshuoltolain mukaan yhteistoiminnassa on toimittava työpaikan työterveyshuollon järjestämisen yleisten suuntaviivojen ja toiminnan suunnittelun osalta (Rautio 2009, 18-19.)

### 3.1.3 Työterveyshuolto työkykyongelmatilanteissa

Työkykyongelmien ehkäisy ja käsittely ovat osa työkykyä ylläpitävää toimintaa. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan yksilön työkyvyn tulemiseen ja työkyvyttömyyden ehkäisyyn kuuluvat:

- työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta.
- työpaikan tuntemukseen perustuva työkuormituksen selvittäminen.
- toimenpide-ehdotusten tekeminen tarvittaessa työn sopeuttamiseksi työntekijän edellytyksiin
- toimenpide-ehdotusten toteutumisen seuranta.
- vajaakuntoisen työntekijän työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen.
- kuntoutustarpeen selvittäminen.
- kuntoutusta koskeva neuvonta.
- ohjaaminen lääkinnälliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen.

Työkyvyn heikkenemisen merkkejä voivat olla heikentynyt työsuoritus, muutokset käyttäytymisessä, asiakasvalitukset tai ylityötuntien lisääntyminen.

Työkykyongelmat voivat tulla esille työterveystarkastuksissa tai ne voivat ilmetä sairauspoissaoloina, oireiluna tai toistuvina terveydenhuoltokäynteinä. Jos työntekijä, työnantaja tai työterveyshuollon edustaja epäilevät työn aiheuttavan vaaraa työntekijän terveydelle tai liiallista kuormitusta, on hyvä selvittää työkuormitus ja altistuminen. Työterveyshuolto voi tällöin pyynnöstä arvioida selvityksen tarpeen ja tehdä ehdotuksen terveyshaittojen vähentämiseksi. Osa ongelmista on selvästi työhön liittyviä, jolloin niiden selvittely kuuluu työpaikan tehtäväksi. Jos taas epäillään terveysongelmaa, on syytä käyttää työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita apuna ongelmien selvittelyssä. (Manninen ym. 2007, 152-157.)

Sairaus tai muuten alentunut toimintakyky voi vaikuttaa työkykyyn. Tällöin työkykyä voidaan pyrkiä säilyttämään vielä monin eri keinoin. Tällaisia keinoja ovat mm. työpaikan olosuhteisiin vaikuttavat keinot kuten altistumiseen, ergonomiaan tai muihin työolosuhteisiin vaikuttavat toimenpiteet. Toisaalta voi olla tarpeen järjestellä työn tekemiseen liittyviä asioita kuten työn uudelleen organisointia, työkiertoa tai pohtia sopivien työvälineiden ja tarvittavien apuvälineiden ja suojavälineiden hankkimista. Työntekijään itseensä kohdistuvat toimenpiteet kuten uudelleensijoitus, neuvonta ja ohjaus tai ammatillinen kuntoutus voivat olla tarpeen työkyvyn säilyttämiksi. (Manninen ym. 2007, 158.)

Kun työterveyshuollon ja työpaikan omat keinot eivät riitä työkyvyn säilyttämiseksi, voidaan työntekijä ohjata kuntoutukseen. Tällöin kyseeseen voi tulla lääkinnällinen kuntoutus, jonka kustantaja yleisimmin on Kela tai työeläkejärjestelmän kustantama ammatillinen kuntoutus. Kuntoutuksen aiheeksi riittää jo mahdollinen työkyvyttömyyden uhka. (Manninen 2007, 162.)

#### 3.1.4 Työterveyshuollon haasteita työn ja työn tekemisen muuttuessa

Suomen Akatemian ja Tekesin yhteisen Finn Sight2015-hankkeessa kartoitettiin niitä tekijöitä, joiden avulla Suomi yhteiskuntana menestyy kansainvälisessä



kilpailussa. Työ on muuttunut ns. suorittavasta työstä tieto- tai aivotyöksi, joten myös työkyky-käsite tulee määrittää uudelleen. Enää ei välttämättä riitä, että lääkäri tekee arvion työntekijän työkyvyttömyydestä tai sopivuudesta terveydellisesti johonkin ammattiin vaan hänen tulee tarkastella myös ihmisestä johtuvien ja työhön liittyvien tekijöiden välisiä riippuvuuksia. Ihmisen toimintakykyä mitattaessa tuloksia on tarkasteltava suhteessa työn vaatimuksiin. Työterveyshuollon ammattilaisilla onkin oltava tietoa jatkuvasti muuttuvista työtehtävien sisällöistä ja erityispiirteistä, kun he tekevät työkykyarviota. Tämä ei ole helppoa, kun ammattinimekkeet lisääntyvät ja muuttuvat, eivätkä välttämättä kerro paljoakaan itse työn luonteesta. (Müller 2006, 16-18.)

Tulevaisuudessa työ, työympäristö ja –yhteisö tulevat muuttumaan, jolloin myös työterveyshuollon on kohdistettava uusia keinoja ja menetelmiä työntekijään, työympäristöön ja työyhteisöön. Työympäristössä tulee edelleenkin olemaan jo aiemmin esiintyneitä ongelmia kuten tapaturmavaarat, kemikaalien aiheuttamat ongelmat tai ergonomiset ongelmat. Tulevaisuudessa tulee huomioida, että työpaikat ovat liikkuvampia tai ne jaetaan useamman työntekijän kesken. Työpaikoilla saattaa esiintyä myös henkistä väkivaltaa ja häirintää. Työterveyshuollon on myös huomioitava uuden teknologian tai biologisten vaaratekijöiden mukanaan tuomat tekijät. Työntekijän terveyden ja työkyvyn tukemiseen liittyy uusia haasteita, joihin työterveyshuollon on kehitettävä uusia keinoja ja menetelmiä. Työntekijän kannalta työn rasitusta lisää psyykkisen kuormituksen, kiireen, jatkuvan muutoksen ja epävarmuuden lisääntyminen työelämässä. Tietoyhteiskunta ja monien tietojen liikkuminen sähköisesti on tuonut työhön lähes välttämättömänä tietotekniikan ja siihen liittyvien ohjelmien lisääntyvän hallinnan tarpeen. Työterveyshuollon onkin pystyttävä tulevaisuudessa hallitsemaan entistä enemmän henkisen työn ergonomiaongelmiin liittyviä asioita sekä työn muuttuessa kehitettävä uusia menetelmiä työnkuormituksen arviointiin. Päihdeongelmat tulevat olemaan entistä laajempi haaste tulevaisuudessa myös työterveyshuollolle. Kiire, stressi, aikapaineet ja työhön liittyvä epävarmuus rasittavat noin puolta työssä käyvistä ihmisistä. Näiden seikkojen huomioinen on tärkeää työterveyshuollossa ja vaatii

entistä aktiivisempaa roolia mm. työyhteisön toimivuuden tukemisessa ja osallistumisessa työorganisaatioiden kehittämiseen (STM, 2004, 29-31.)

### 3.2 Työterveyshuollon toiminta muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistamisessa

Muistivaikeus voi olla tilapäinen ja liittyä esimerkiksi kuormittavaan elämäntilanteeseen. Se voi olla kuitenkin ensimmäinen oire etenevästä aivosairaudesta ja onkin tärkeää kartoittaa muistivaikeuksien syy, jos ne vaikeuttavat työn tekemistä ja arjessa selviytymistä.

Työterveyshuolto voi jo esiselvitysvaiheessa selvittää työhön liittyviä psyykkisiä kuormitustekijöitä, joilla voidaan olettaa olevan merkitystä myös muistin kuormittumiseen. Tällöin on hyvä huomioida ainakin poikkeavat työajat, työpaikan näkemys työn keskeisistä riskeistä ja terveysongelmista, johtamisjärjestelmä, henkilöstön terveystilanne, sairauspoissaolot ja henkilöstön ikäjakauma, joka myös osaltaan rasittavat ihmisen kognitiivista toiminatakykyä. Esiselvitystä seuraavassa perusselvityksessä työterveyshuollon ammattihenkilö kerää tietoa työntekijöiltä, esimiehiltä, johdolta ja työsuojeluhenkilöstöltä työn organisointiin ja työyhteisöön liittyvistä asioista. Tällöin hän arvioi myös työn psykososiaalisten kuormitustekijöiden esiintymistä haastattelujen perusteella tai standardoiduilla mittareilla. Perusselvityksen pohjalta työterveyshuolto ja työnantaja tekevät suunnitelman työterveyshuollon jatkosta, suunnattujen selvitysten tarpeesta ja tarpeellisista terveystarkastuksista. (Manninen ym. 2007, 90-91.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöt määrittelevät yhdessä työpaikan kanssa terveystarkastusten tarpeen käyttäen hyväksi tehtyjä esi- ja perusselvityksiä. Säännöllisten terveystarkastusten tarvetta voi lisätä mm. vuorotyö, joka voi vaikuttaa työntekijän unen määrään ja unirytmiiin sekä sosiaaliseen elämään ja yleiseen terveydentilaan. Vuorotyöstä aiheutuva univaje voi aiheuttaa aivojen ja kehon toiminnoissa ohimeneviä tai myös pysyvämpiä muutoksia terveyden eri osa-alueilla. Ihmisen jaksamisen ja terveyden kannalta olennaisia tekijöitä

ovat riittävän unen lisäksi säännölliset ja terveelliset ateriat, liikunta ja muut terveelliset elämäntavat, joilla on yhteyttä myös ihmisen muistitoimintoihin. On hyvä muistaa, että säännölliset terveystarkastukset saattavat myös toimia terveyshaittojen ennaltaehkäisijänä. (Työterveyslaitos 2010.)

Säännöllisillä terveystarkastuksilla voidaan havaita mahdollisimman varhain myös hoitoa tai kuntoutusta vaativat tilat. Työterveyshuollon ammattihenkilöt selvittävät terveystarkastuksessa työntekijän terveydentilan lisäksi työ- ja toimintakyvyn. Tarkastusten yhteydessä työntekijä saa tarvittaessa myös tietoja, ohjausta ja neuvontaa työhön tai omaan terveyteen ja elintapoihin liittyen. Terveysterveystarkastaja ja työntekijä voivat laatia terveystarkastusten tueksi myös työterveyssuunnitelman, johon kirjataan työhön, terveydentilaan, elintapoihin ja elämäntilanteeseen liittyviä asioita sekä toimenpiteitä niihin vaikuttamiseksi. Työstä johtuvien kuormitustekijöiden kuten stressin, kiireen tai liiallisen työn aiheuttaessa ongelmia, on syytä aina keskustella asiasta myös työnantajan kanssa. (Manninen 2007, 139.)

Työelämän ja työn muutokset haastavat myös työterveyshuollon kehittämään omaa toimintaansa. Mäkitalo ja Paso (2008) ovat kehittäneet työlähtöisen työpaikkaselvityksen ja työterveystarkastuksen mallit, jotka ohjaavat työterveyshuollon toimintaa perinteisen toiminnan sijasta yksittäisten työntekijöiden tukemiseen työn muutoksessa sekä selvityksen kohdistamista työtoimintaan ja toiminnan muutokseen. Työlähtöinen työpaikkaselvitys on työterveyshuollon asiantuntijan ohjaama oppimisprosessi. Tämä edellyttää, että työpaikkaselvitykseen osallistuvat kaikki, jotka tekevät kyseistä työtä. Perinteisen yhden työpaikkaselvityksen sijaan työlähtöinen työpaikkaselvitys koostuu useammasta tapaamisesta ja sisältää ongelmien ratkaisemiseksi ja muutosten eteenpäin viemiseksi suunniteltuja, esimiehen ja johdon kanssa toteutettavia kokeiluja sekä niiden arviointia. (Mäkitalo ja Paso 2008, 59-68.) Työlähtöinen terveystarkastus eroaa monessa suhteessa perinteisestä terveystarkastuksesta. Aiemmin terveystarkastukset ovat olleet lähinnä työntekijän ja työterveyshuollon ammattihenkilön kahdenkeskisiä tapaamisia. Uudessa mallissa myös esimiehellä on tärkeä rooli prosessin

suunnitteluvaiheessa sekä työntekijän työhyvinvointia tukevan ammatillisen kehityssuunnitelman tekemisessä. Ennen varsinaista terveystarkastuskäyntiä työntekijä tekee ennakkotehtävän, jossa hän tarkastelee oman työuransa vaiheita ja sen käännekohtia. Terveystarkastuksessa käytetään kehittävän vuoropuhelun menetelmää ja luodaan kuva työntekijän ammatillisesta nykytilanteesta ja sen yhteydestä hänen hyvinvointiinsa. Tarkastuskäynnin yhteydessä työntekijä tekee itselleen työhyvinvointia tukevan, omaan työhönsä liittyvän kehityssuunnitelman. Esimiehen vastuulla on kehityssuunnitelman seuranta, johon tarvittaessa saa työterveyshuollolta tukea. (Mäkitalo ja Paso 2008, 69-77.)

### 3.3 Työterveyshuollon toiminta aivojen hyvinvoinnin ohjaamisessa

Tietojen antaminen, ohjaus ja neuvonta (TANO) ovat työterveyshuollon keskeinen vaikuttamisen keino, jota sisältyy lähes kaikkiin työterveyshuollon kontakteihin työntekijöiden kanssa. TANO-toiminnan kohteena ovat yksilöiden lisäksi ryhmät, työnantajat ja työpaikan työsuojeluhenkilöstö. Toiminta suunnitellaan yksilöllisesti jokaisen työpaikan tarpeiden pohjalta ja se kirjataan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan. (Manninen 2007, 141.)

Työterveyshuollon ammattihenkilöt neuvovat ja ohjaavat asiakkaitaan terveystarkastusten, vastaanottokäyntien ja työpaikkakäyntien yhteydessä. Tällöin työntekijä voi kahden kesken työterveyshuollon ammattihenkilön kanssa keskustella terveyteensä liittyvistä asioista ja saada tukea omille valinnoilleen, jotka edistävät hänen terveyttään, hyvinvointiaan sekä työ- ja toimintakykyään. (Manninen 2007, 144.)

Erilaiset aivojen toimintahäiriöt ovat merkittävä työkyvyttömyyden syy. Kolmanneksella suomalaisista on joko psykiatrinen tai somaattinen aivosairaus. Alkoholin kulutuksen kasvu ja etenkin suurkuluttajien suuri määrä ovat osaltaan lisäämässä aivomuutoksia aiheuttavien sairauksien määrää. Alkoholin suurkulutukseen liittyvä kuolleisuus, sairastavuus ja työpanoksen

heikkeneminen muodostavat yhä kasvavan ongelman. Työterveyshuollolla on tärkeä rooli työkyvyn heikkenemisen varhaisessa toteamisessa ja terveellisten elintapojen ohjauksessa ja neuvonnassa. Työelämän kognitiivisten vaatimusten kasvaessa lisääntyvät myös paineet aivojen hyvinvoinnista ja kunnosta huolehtimisesta, joten työterveyshuollonkin haasteena tulee olemaan ergonomiakäsitteen laajentaminen neurokognitiiviseen ergonomiaan. Tulevaisuudessa työterveyshuoltohenkilökunnan tulee osata arvioida myös yhä enemmän työntekijän työtehtävien ja uupumukselle altistavien työskentelytapojen vaikutusta työkykyyn. (Müller ym. 2006, 8.)

## 4 TUTKIMUSTAVOITTEET

Alzheimer-keskusliiton Erityisosaamiskeskus työikäisinä dementoiviin sairauksiin sairastuneille ja heidän omaisilleen –hankkeen osana toteutetussa kyselyssä muistihoitajille todetaan perus- ja työterveyshuollon tunnistavan dementoivia sairauksia kohtalaisesti tai huonosti. Tämän koetaan johtuvan ammattihenkilöstön asenteista ja tiedon puutteesta. Muistihoitajien vastausten mukaan terveydenhuollossa ei muistioireita työikäisten kohdalla oteta vakavasti tai niitä vähätellään. (Koskivuo 2007.)

Samansuuntaisia kokemuksia on tullut esiin myös Salon Alzheimer-yhdistyksen muisti- ja dementia kuntoutusprojektin aikana 2006-2008. Uudella projektilla halutaan vahvistaa työterveyshuollon valmiuksia tunnistaa muistisairaudet mahdollisimman varhain ja työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden selviytymistä. Tällä tutkimuksella kartoitetaan kohderyhmien omaa kokemusta muistisairauksien tunnistamiseen liittyvistä asioista. Näitä ovat muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvä tieto, muistin tutkiminen, ohjauksen ja neuvonnan tukena käytettävä materiaali sekä muistiongelmien puheeksi ottaminen ja siihen reagointi.

Tämän haastattelututkimuksen tavoitteena on:

1. Kartoittaa työterveyshuollon valmiuksia tunnistaa muistihäiriöitä ja –sairauksia sekä ja antaa neuvontaa ja ohjausta niihin liittyen. Tehtävää tarkastellaan neljän kysymyksen kautta:
  - a. Mitkä ovat työterveyshuoltohenkilökunnan käytettävissä olevat työkalut muistihäiriöiden ja sairauksien tunnistamisessa?
  - b. Mikä on työterveyshuoltohenkilökunnan arvio omasta tiedosta muistisairauksiin liittyen?.
  - c. Mitä muistiin liittyvää materiaalia työterveyshuollolla on käytettävissään?
  - d. Mikä on työterveyshuollon toimijoiden taito ottaa muistiongelmia puheeksi.
2. Kartoittaa työikäisten muistisairaiden henkilöiden kokemusta työterveyshuollon toiminnasta muistisairauden tunnistamisesta sekä hoitoon ja kuntoutukseen ohjauksessa. Tehtävää tarkastellaan kolmen kysymyksen kautta:
  - a. Mitkä ovat muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon testauksista?
  - b. Mitkä ovat muistisairaana henkilön kokemukset työterveyshuollon tiedosta?
  - c. Mitkä ovat muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon puheeksi ottamisen ja kuuntelemisen taidoista?

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄ, TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA ANALYYSI

### 5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen suorittaminen

Aloitin tutkimusprosessin tutkimuksen hahmottamisella ja tarkentamisella, jolloin asetin tutkimustavoitteet ja tarkensin teemat, joiden pohjalta suoritin haastattelun.

Käytin tässä tutkimuksessa menetelmänä kartoitusta, jonka toteutin teemahaastatteluna. Keräsin aineiston henkilökohtaisesti haastattelemalla. Valitsin haastattelun tiedonkeräysmenetelmäksi, koska halusin sijoittaa kerättävän tiedon tiettyyn kontekstiin eli tässä tapauksessa työterveyshuoltoon.

Työikäisten muistisairauksia, työterveyshuollon käytäntöjä muistisairauksien suhteen ja muistisairauksien aiheuttaman vajaakuntoisuuden tukemista työelämässä ei ennen ole kartoitettu. Tällä haastattelututkimuksella toivoin saavani ainakin paikallista, mahdollisesti myös laajemmin hyödynnettävää tietoa muistisairauksien ennalta ehkäisevään työhön, varhaiseen tunnistamiseen sekä hoitoon ja kuntoutukseen ohjaukseen.

Toteutin haastattelut huhti-kesäkuussa 2009. Työterveyshuollon haastateltavat ovat julkiselta ja yksityiseltä sektorilta. Haastattelin kahden osastonhoitajan lisäksi seitsemää työntekijää. Tämän katsoimme osastonhoitajien kanssa olevan tarpeellinen määrä tarpeellisen tiedon keräämiseksi eikä suurempi määrä toisi enää lisäarvoa tutkimukseen. Haastateltavia oli myös vaikea saada enempää heidän työkiireidensä vuoksi. Haastateltavista kaksi oli osastonhoitajina työskenteleviä työterveyshoitajia, viisi työterveyshoitajaa, yksi työterveyslääkäri ja yksi työpsykologi. Työterveyshuoltohenkilöstön lisäksi haastattelin viisi työikäisenä muistisairauteen sairastunutta henkilöä. Sairastuneet olivat 41-63 -vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli 53,6 vuotta. Haastatelluista 4 oli naisia ja yksi mies.

Sovin haastateltavien kanssa puhelimitse haastatteluajan ja -paikan. Haastattelin työterveyshuollon henkilöt heidän omilla työpaikoillaan ja sairastuneet heidän toiveidensa mukaan joko Salon Alzheimer-yhdistyksen (nykyisin Salon Muistiyhdistys) toimistolla tai heidän kotonaan. Sovimme etukäteen haastatteluun varattavaksi aikaa noin tunnin.

Haastattelun ensimmäisessä vaiheessa haastattelin yksityisen lääkäriaseman ja terveyskeskuksen työterveyshuoltojen osastonhoitajia työterveyshuollon toiminnan kartoittamiseksi Salon kaupungissa. Haastattelun toisessa vaiheessa haastattelin kahden yksityisen työterveyshuollon ja terveyskeskuksen työterveyshuollon ammattihenkilöitä ja asiantuntijoita. Pysin selvittämään ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden näkökulmasta heidän omaa tietoa muistihäiriöistä ja -sairauksista, käytettävistä välineistä, ohjaus- ja neuvontamateriaalista sekä muistiongelmien puheeksi ottamisesta.

Työikäisten muistisairaiden henkilöiden haastattelulla kartoitin heidän kokemuksiaan työterveyshuollon käyttäjinä, työterveyshuoltohenkilöstön muistisairauksista olevasta tiedosta, työterveyshuollon muistin tutkimuksesta ja työterveyshuoltohenkilöstön puheeksi ottamisen taidosta muistiongelmiin liittyen.

Keräsin haastattelun lisäksi työterveyshuollon henkilökunnalta heidän käyttämänsä tiedotusmateriaalia ja muistitutkimustestit.

Eskola (2007, 159-161) erottelee laadullisessa tutkimuksessa viisi vaihetta. Nämä vaiheet ovat tutkimuksen hahmottaminen, aineiston kerääminen, aineiston litterointi eli purkaminen, aineiston analyysi ja viimeisenä työn saattaminen kirjalliseen muotoon.

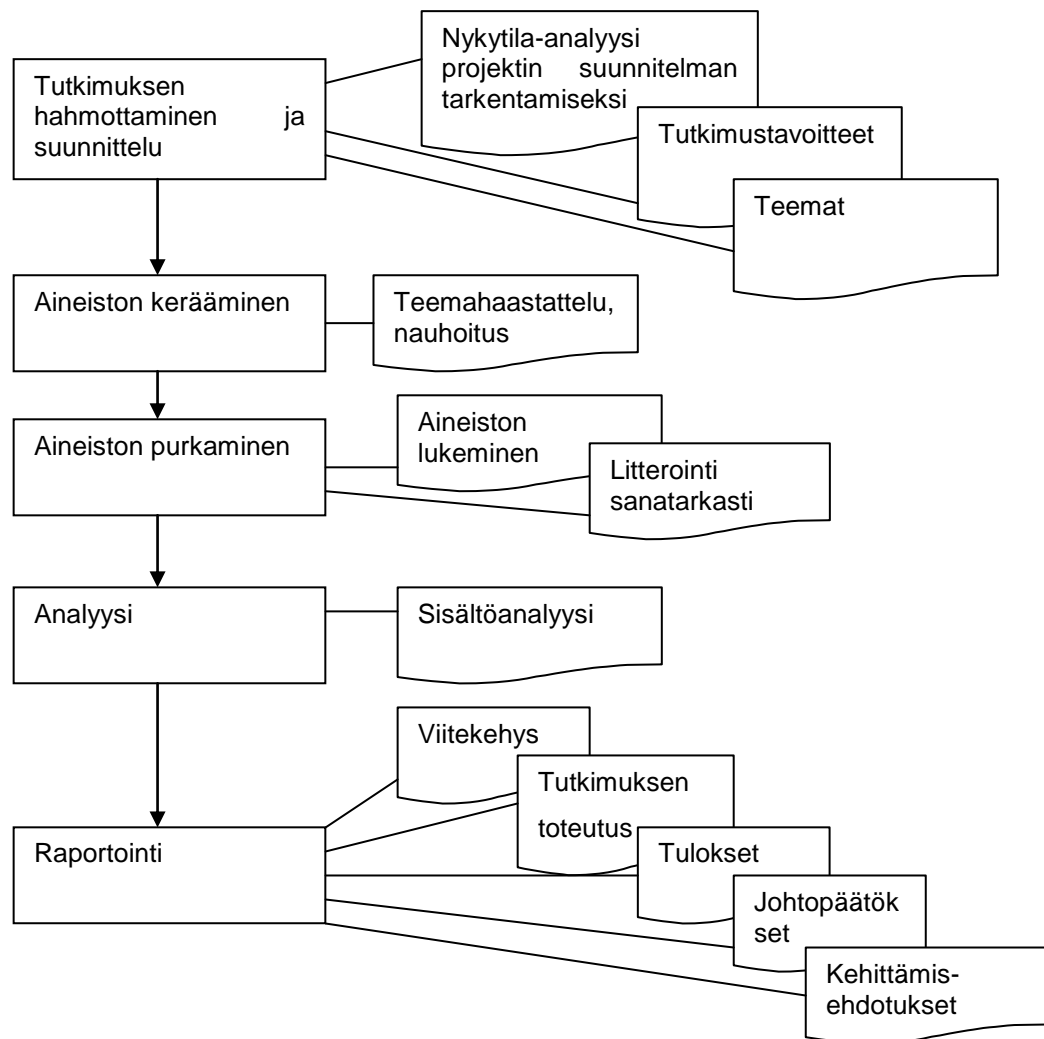
Pysin olemaan huolellinen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Aineiston purkaminen vaati tarkkuutta ja vei paljon aikaa. Litteroitua tekstiä kertyi 45 sivua tiukkaa tekstiä.

Raportin viitekehyksessä käsittelin muistisairauksia ja työterveyshuoltoa kirjallisuuteen ja tehtyihin tutkimuksiin pohjaten sekä käytettyä



tutkimusmenetelmää. Kokosin saadut tulokset ja tein niistä johtopäätökset, joiden pohjalta laadin kehittämistarpeet projektin tarkemman suunnitelman pohjaksi.

Tutkimuksen eteneminen:



Kuvio 1. Tutkimuksen prosessikaavio

## 5.2 Tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelu

Tutkimuksen pohjana ovat tutkimustavoitteet ja -teemat, joita käytin täydentämään ja syventämään vastauksia. Haastattelu eteni pitkälti haastateltavan kertomuksena annettujen teemojen mukaan. Tutkimuksen teemat nousivat aiemmin Alzheimer-keskusliiton toteuttaman muistihoitajakyselyn (Koskisuu 2007, 8-9) ja Salon Alzheimer-yhdistyksen toteuttaman muistihäiriö- ja dementia kuntoutusprojektin kokemusten pohjalta. Sekä edellä mainitussa kyselyssä että projektissa nousi esille, että työikäisten muistihäiriöitä ei terveydenhuollossa oteta vakavasti eikä muistisairauksien oireita tunnisteta. Muistisairauksien tunnistamisessa on oleellista, että terveydenhuollon edustajalla on tietoa muistisairauksista ja niiden oireista, välineet muistin tutkimiseen, taitoa ottaa asia puheeksi sekä tarvittaessa materiaalia neuvonnan ja ohjauksen tueksi. Työterveyshuollolla on merkittävä rooli työikäisten terveydenhuollon toteuttajana, joten tässä tutkimuksessa kartoitin työterveyshuollon valmiuksia työikäisten muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistamisessa. Halusin saada tutkimukseen myös työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden näkökulman työterveyshuollon toiminnasta. Kartoitin haastattelemalla sairastuneiden kokemuksia työterveyshuollon tiedosta, muistin tutkimisen välineistä ja taidosta ottaa muistiasiat puheeksi.

Teemahaastattelussa ei käytetä kaikille haastateltaville tarkkoja ja samassa järjestyksessä olevia kysymyksiä vaan haastattelu liikkuu tiettyjen teemojen, tässä tutkimuksessa työterveyshuollon käytäntöjen ja muistiongelmien työterveyshuollosta muodostamien kokemusten, ympärillä. Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto ja sillä voidaan kerätä sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tietoa (Hirsjärvi ym. 2008, 203). Tässä tutkimuksessa keräsin pelkästään kvalitatiivista tietoa.

Valitsin haastattelun tiedonkeruumenetelmäksi sen vuoksi, että se on menetelmänä joustava. Haastattelun aikana voin toistaa kysymykset, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi ja Sarajärvi 2009). Koin, että henkilökohtainen haastattelu on menetelmänä toimiva, sillä siinä voi tehdä tarkentavia kysymyksiä tarpeen mukaan.

### 5.3 Tutkimuksen ja tiedonkeruun luotettavuus

Validiteetti eli pätevyys kertoo haastattelututkimuksessa voidaanko kysymysten avulla saada ratkaisu tutkimusongelmaan tai –kysymykseen (Heikkilä 2005, 186) tai mitataanko mittarilla sitä asiaa, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2009, 226). Reliabiliteetti eli tarkkuus puolestaan kertoo, miten tarkasti tutkittavaa asiaa mitataan ja ovatko tutkimustulokset toistettavissa. Toistettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. On kerrottava selvästi aineiston tuottamisen olosuhteet ja paikat, joissa aineistot on kerätty, haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät sekä mahdolliset häiriötekijät. (Hirsjärvi ym. 2009, 226-227.)

Olin tehnyt haastattelua varten haastattelurungon, jossa olivat teemoittain käsiteltävät asiat. Haastattelu eteni pitkälti haastateltavien kertomuksena ja tein sen aikana täydentäviä ja tarkentavia kysymyksiä. Tilanne vaati minulta haastattelijana tarkkuutta ja intensiivistä kuuntelua, jotta sain tarvittavat tarkennukset tehtyä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia ja niihin osallistui minun lisäksi vain haastateltava. Varsinaisen haastattelun jälkeen kysyin haastateltavilta vielä heidän mielipidettään haastattelusta ja että tuliko heidän mielestään tärkeät asiat käsiteltyä ja oliko heillä vielä kysyttävää. Ammattihenkilöt pitivät aihetta ajankohtaisena ja tärkeänä ja he toivoivat, että se myös johtaisi johonkin toimenpiteisiin, eikä jäisi vain tulosten toteamisen tasolle. Sairastuneet kokivat taas myönteisenä sen, että joku oli kiinnostunut heidän asioistaan ja ehti kuunnella.

### 5.4 Tutkimuksen eettiset tekijät

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Tutkimusta tehdessään tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla lähtökohtana tutkimuksessa. Tätä toteutetaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää,

osallistuuko hän tutkimukseen. Tämän lisäksi tutkimukseen osallistuville henkilöille annetaan tietoa siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.25.) Tutkimuksen eettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tämän mukaan tutkimusta tulee tehdä rehellisesti. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa tulee noudattaa tarkkuutta ja huolellisuutta. Näiden lisäksi tutkimus tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja avoimesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Otin kaikkiin haastateltaviin itse puhelimitse yhteyttä, jolloin kerroin heille esittelyn jälkeen, mistä organisaatiosta olin, haastattelun tarkoituksen ja sen käytön tarkemman projektisuunnitelman pohjana ja ylemmän ammattikorkeakoulun lopputyön materiaalina. Tämän jälkeen heillä oli mahdollisuus päättää, halusivatko osallistua haastatteluun vai eivät. Työikäisinä muistisairauteen sairastuneilta henkilöiltä tarkistettiin, että he olivat täysivaltaisia henkilöitä eli heitä ei oltu julistettu holhouksen alaisiksi eikä heillä ollut virallista edunvalvojaa.

Haastattelutilanteessa kertosin aluksi haastattelun tarkoituksen ja käytön sekä pyysin luvan haastattelun nauhoittamiseen. Tämän lisäksi kerroin, että litteroin ja analysoin haastattelunauhoitteet itse ja että kukaan muu ei käsittele materiaalia. Selostin myös ennen haastattelua, että en käytä raportoinnissa henkilöiden nimiä tai muita tietoja, joiden perusteella heidät voitiin tunnistaa. Haastatteluissa ei tullut esille nimeä eikä muita henkilöllisyyden tunnistamisen mahdollistavia tekijöitä. Työterveyshuollon edustajia haastatellessa ei tullut myöskään missään vaiheessa esille, olivatko he julkiselta vai yksityiseltä sektorilta. Tällä pyrin takaamaan myös ainoana ammattialansa edustajina haastattelemini työpsykologin ja työterveyslääkärin anonymiteetin.

Litteroin itse kaikki nauhoitetut haastattelut sanatarkasti eikä nauhoituksia kuunnellut tai litteroitua tekstiä lukenut kukaan muu henkilö.

## 5.5 Aineiston analyysi

Nauhoitin haastattelut digitaalinauhurilla, jolloin niiden työstäminen oli mahdollista tietokoneen avulla. Analyysissä käytin sisältöanalyysiä, joka käytännössä jakaantuu aineiston pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja teoreettisten käsitteiden luomiseen. Tässä tutkimuksessa käytin analyysimenetelmänä teorialähtöistä sisältöanalyysiä. Analyysiä ohjasi haastattelun pohjana käytetyt teemat ja asetetut tutkimustavoitteet alatavoitteineen. Litteroinnin jälkeen luin tekstit läpi kahteen kertaan, jonka jälkeen poimin tekstistä analyysiyksiköittäin kuhunkin tutkimustavoitteeseen kuuluvat lauseet omiksi kokonaisuuksikseen, jotka kirjoitin uudelleen kyseisten otsikoiden alle. Merkitsin työterveyshuollon haastateltavat koodeilla T1-9 ja sairastuneet koodeilla S1-5.

Analyyysiluokkien muodostuminen:

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Työterveyshuollon valmiudet tunnistaa muistihäiriöt ja -sairaudet	Lauseet, joista löytyy haetut teemat, sanat ja ilmaisut	<p>Työterveyshoitajat, työterveyslääkäri ja psykologi kuvasivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heidän muistin tutkimiseen käyttämiään testejä</li> <li>- menetelmiä</li> <li>- toimenpiteitä muistiongelmien esiintyessä</li> <li>- asiantuntijoiden käytöstä</li> <li>- yhteistyöstä työnantajien kanssa</li> <li>- työterveyshuollossa käytettävistä tutkimuksista yleensä</li> </ul>	•Tth:ssa käytettävät välineet muistisairauksien tutkimisessa
		<p>Työterveyshoitajat, työterveyslääkäri ja psykologi kuvasivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heidän koulutustaan ja miten muistiasiat ovat esiintyneet koulutuksessa</li> <li>- työkokemusta</li> <li>- muistihäiriöiden erotusta muista diagnooseista</li> <li>- työterveyshuollon yhteistyöstä muistihäiriöiden tutkimisessa ja hoitamisessa</li> </ul> <p>Työterveyshoitajat luettelivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- muistisairauksia</li> <li>- muistisairauksien oireita</li> <li>- muistihäiriöiden hoidettavissa olevia syitä</li> </ul>	•Tth:n tieto muistisairauksista
		<p>Työterveyshoitajat näyttivät:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heillä olevaa muistihäiriöihin liittyvää opasmateriaalia</li> <li>- heidän käyttämäänsä muuta materiaalia</li> <li>- heidän kokemustaan materiaalin tarpeesta</li> </ul>	•Tth:ssa käytössä oleva muistisairauksiin liittyvä materiaali

<p>Työikäisten muisti-sairaiden henkilöiden kokemus tth:n toiminnasta</p>		<p>Työterveyshoitajat, työterveyslääkäri ja psykologi kuvasivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kuka ottaa muistihäiriöt puheeksi</li> <li>- milloin muistihäiriöt otetaan puheeksi</li> <li>- miten muistihäiriöt tulevat esille</li> <li>- miten he suhtautuvat asiakkaan ottaessa muistihäiriöt puheeksi</li> </ul> <p>Sairastuneet kuvasivat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heille tehtyjä muistitutkimuksia työterveyshuollossa</li> <li>- jatkotutkimuksiin lähettämistä</li> <li>- kuka muistihäiriötä työterveyshuollossa tutki</li> </ul> <p>Sairastuneilta kuvasivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- milloin muistihäiriöt tunnistettiin työterveyshuollossa</li> <li>- heidän työterveyshuollosta saamaansa tietoa muistihäiriöistä ja -sairauksista</li> <li>- heidän työterveyshuollossa esiin tuomiaan tai havaittuja oireita</li> <li>- kenen kanssa he olivat tth:ssa muistiongelmista keskustelleet</li> <li>- miten muistihäiriöiden tutkimus oli edennyt</li> </ul> <p>Sairastuneilta kysyttiin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kuka muistihäiriöt oli tth:ssa ottanut puheeksi</li> <li>- miten puheeksi ottamiseen reagoitiin</li> <li>- kokivatko he, että heitä kuunneltiin tth:ssa</li> <li>- mihin muistihäiriöistä puheeksi ottaminen tth:ssa johti</li> </ul>	<p>•Muistiongelmien puheeksi ottaminen työterveyshuollossa</p> <p>•Muistiongelmien tutkiminen työterveyshuollossa ja jatkotutkimuksiin lähettäminen</p> <p>•Muistiongelmien tunnistaminen ja tieto muistihäiriöistä ja -sairauksista</p> <p>•Muistiongelmien puheeksi ottaminen ja niihin reagointi työterveyshuollossa</p>
---	--	---	---

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Ennen analyysiprosessin aloittamista määrittelin analyysiyksiköt. Janhosen ja Nikkosen (2003, 23) mukaan analyysiyksiköitten määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on heidän mukaansa aineiston yksikkö eli sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Tässä tutkimuksessa käytin

analyysiyksikköinä tutkimustavoitteisiin vastaavia ajatus- ja asiakokonaisuuksia sekä niitä vastaavia sanoja, joista muodostin kategoriat. Analyysiyksiköt ovat teemoittain seuraavat:

- työterveyshuollossa käytettävissä olevat välineet muistisairauksiin liittyvien oireiden tunnistamiseen: *testit, menetelmät, lähete jatkotutkimukseen, riskitesti, kysymykset, kolmikanta, konsultaatio, ohjaus ja neuvonta.*
- työterveyshuollon omat tiedot muistihäiriöistä ja sairauksista: *kokemus, koulutus, oireet, muistisairaudet, erotusdiagnoosi., yhteistyö/tiimityö, moniammatillinen työryhmä.*
- työterveyshuollon muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvä tiedotusmateriaali: *painettu materiaali, netti, materiaalin tarve.*
- työterveyshuollon taito ottaa muistiongelmia puheeksi: *kuka ottaa puheeksi, työterveyshoitajan haastattelu, ajankohta, reagointi, kuulemisen taito, avoimuus, elintavat.*
- muistisairaana kokemus työterveyshuollossa tehdyistä testauksista ja testeihin lähettämisestä: *muistitestit, lähete tutkimukseen, asiantuntijat, tutkimukset.*
- muistisairaana kokemus työterveyshuollon tiedosta muistin ongelmiin liittyen: *ajankohta, ammattihenkilöt, hoitopolku, oireet.*
- muistisairaana kokemus muistisairauksista puheeksi ottamisen työterveyshuollossa: *kuka ottaa puheeksi, reagointi, kuuleminen.*

## 6.1 Työterveyshuollon valmiudet tunnistaa muistihäiriöitä ja –sairauksia

Työterveyshuolto on Salossa jakaantunut kahden yksityisen, Lääkärikeskus Mehiläisen ja Lääkäriasema Salon Lääkintälaboratorion sekä terveystieteiden keskeisen työterveyshuollon kesken. Näiden asiakasmäärä on haastattelun perusteella yhteensä noin 16 300 työntekijää.

Lääkintälaboratorion ja terveystieteiden työterveyshuoltosopimukset voivat sisältää pelkästään lakisääteiset, mutta suurin osa käsittää lisäksi sairaanhoidon sisältävät työterveyshuoltopalvelut. Lääkärikeskus Mehiläisen sopimukset sisältävät aina lakisääteisen lisäksi myös sairaanhoitopalvelut. Kaikkien palveluntuottajien asiakkaat ovat laajasti ja tasaisesti koko yrityskentältä.

Terveystieteiden työterveyshuollon henkilökuntaan kuuluu työterveyslääkärien ja –hoitajien lisäksi asiantuntijoina työpsykologi ja työfysioterapeutti. Lääkärikeskuksissa on työterveyshuollon ulkopuolella käytettävissä em. asiantuntijoiden lisäksi erikoislääkärien, neuropsykologin ja muistihoitajan palvelut sekä kuvantamis- ja laboratoriopalvelut. Osalla yrityksistä erikoislääkärikonsultaatiot kuuluvat myös työterveyshuoltosopimukseen.

Työterveyshuollot tekevät yhteistyötä paitsi oman talon sisällä eri yksiköitten kesken myös ulkopuolisten tahojen kuten Kelan, työhallinnon, kuntoutuslaitosten, A-klinikan, opetustoimen, työsuojelupiirin sekä vakuutus- ja työeläkelaitosten kanssa. Työterveyshuollon menetelmiä ovat työterveyshoitajan ja lääkärin vastaanotto joko työterveysasemalla tai työpaikalla, terveystarkastukset, yksin tai moniammatillisesti toteutetut työpaikkakäynnit selvityksineen ja raportteineen sekä koulutusten ja työhyvinvointiin liittyvien tapahtumien järjestäminen. Työpaikkakäynneillä voi olla mukana myös työsuojelun edustaja. Työnantaja kanssa voidaan käydä neuvotteluja kahden kesken tai ns. kolmikantaneuvotteluna, jolloin työterveyshuollon ja työnantaja lisäksi siihen osallistuu myös työntekijä.



Työterveyshuollon rooli on olla työpaikoilla puolueeton asiantuntijataho, joka lähinnä antaa suosituksia lopullisten päätösten tekemisen jäädessä työnantajan vastuulle. Töiden kevennyttyä ja koneellistuttua ja työympäristöjen muututtua terveellisemmiksi on työterveyshuollonkin tehtävät siirtyneet enemmän henkisestä työhyvinvoinnista huolehtimiseen. Työelämän epävarmuustekijät ja työyhteisöongelmat työllistävät entistä enemmän myös työterveyshuoltoa.

Työterveyshuollon palvelujen laajuus riippuu tilaajaorganisaation kanssa tehdyn sopimuksen muodosta ja sisällöstä. Sopimus voi sisältää pelkästään ns. lakisääteisen työterveyshuollon tai siihen voidaan liittää myös eri tavoin sairaanhoidon järjestämistä.

#### 6.1.1 Työterveyshuollon valmiudet tunnistaa muistihäiriöiden ja –sairauksien oireet

Työterveyshuollossa työterveyshoitajilla ei tällä hetkellä ole muistin kartoittamiseen tarkoitettuja testejä tai välineitä. Joillekin hoitajille Cerad-testi on nimeltä tuttu, mutta he eivät pitäneet sitä välttämättä työikäisille sopivana testausmenetelmänä. Muistia koskevia kysymyksiä sisältyy työterveyshoitajien mukaan ns. liuotinainekyselyyn. Kyseessä hermosto-oirekysely Euroquest (EQ), joka on tarkoitettu liuotinaineille altistuneille työntekijöille. Kysely koostuu 83:sta kysymyksestä, joilla kartoitetaan poikkeavuutta neurologisella, psykosomaattisella, mielialan, muistin ja keskittymisen sekä väsymyksen ja unihäiriöiden alueilla. Muistiongelmia testataan mm. kysymyksillä, onko unohtelua, vaikeutta muistaa, mitä on lukenut tai katsonut TV:stä tai onko kirjoitettava muistilappuja muistaakseen asioita tai ovatko muut ihmiset huomauttaneet muistamattomuudesta. Muistipisteiden ollessa kyselyssä poikkeavia on hyvä tarkastella myös mieliala- ja uniosiot, jotka osaltaan voivat selittää muistin heikkoutta. EQ:n tulkintaohjeiden mukaan on harkittava muistisuoriutumisen kartoitusta työterveyshuollossa MMSE- ja CERAD-testeillä, jos muistiosiossa on poikkeavuutta. (TTL 2004.)

Työterveyshoitajat kaipaavat työhönsä jotain testiä ja kysymyssarjaa, jolla pystytään toteamaan, onko muistiongelmia senlaatuinen, että asiakas tulee lähettää eteenpäin lääkärin tai psykologin arvioitavaksi. Tästä kertoo useampi työterveyshoitaja esimerkiksi seuraavasti:

*”Mä itelleni kaipaen sen työkalun siihen, että millä tavalla sitä pystyis viemään ja tavallaan sitte ku ohjaa sille lääkärille ni mulla olis jotakin konkreettista, että tässä ei oo ihan kaikki kohdallaan.”(T8)*

*”Että meillä olis joku semmone, että me epäillään, että on joku tämmönen. Että ois ihan oikeesti niinku jutellaan tästä tai tee tämmönen testi ja katotaan mitä se kertoo vähän ja lähetään sitä kautta purkaan sitä.”(T6)*

*”Joskus mää ajattelen, että onkin jotain kysymyksii tai jotain, vai onks niitä, mutt ehkä pitäis vaa sisällyttää siihe muutamall simppelill karsivall kysymyksell, että mistä sä osaa vetää oikeest narusta, että sull on just niit muistivaikeuksii.” (T1)*

Testi ei saa olla pitkä ja aikaa vievä, sillä terveystarkastukseen ja vastaanottoon varattu aika on rajallinen ja siinä on ehdittävä tekemään monia kysymyksiä, mittauksia sekä annettava tarvittaessa ohjausta ja neuvontaa. Muistiongelmien nousevatkin joskus esille myös neuvonnan ja ohjauksen yhteydessä. Tällöin muistiongelmien noustessa esiin työterveyshoitajat toivovat, että heillä olisi käytössään riskitesti, jolla voi osoittaa riskin sairastua muistisairauteen tulevaisuudessa. Terveystarkastajat kokevat, että testin perusteella voi suunnata myös neuvontaa ja ohjausta riskiterveyskäyttäytymiseen. Muistista kyseleminen tai etenkin testien tekeminen ei työterveyshoitajien mukaan kuulu rutiiniin terveystarkastuksen. Tarvittaessa helposti ja nopeasti toteutettavan testin tarpeellisuudesta mainitsee eräs haastatelluista:

*”Joku sellanen, että voitais vähän kartottaa sitä. Semmonen joku yksinkertainen, ei kovin aikaa vievä, mutt sellanen että ku tulee joku asiakas kenen kohdalla se olis aiheellista.” (T7)*

Työterveyshoitajat lähettävät asiakkaita myös laboratoriokokeisiin. Kyseeseen tulevat esim. kolesterolit, sokerit, pieni verenkuva, maksakokeita ja oireiden mukaan kilpirauhaskokeet. He eivät kuitenkaan koe muistiongelmien olevan syy laboratoriokokeisiin lähettämiseen. Työntekijän valittaessa muistiongelmia työterveyshoitajat lähettävät hänet lääkärille, joka harkintansa mukaan tekee lähetteen laboratorio- ja muihin jatkotutkimuksiin. Osa työterveyshoitajista kertoo tarvittaessa tekevänsä suoraan lähetteen myös työpsykologille, joka tekee muistitestit.

Työterveyshoitajat kaipaavat mahdollisuutta useammin konsultoida lääkäriä. Lääkäreillä on ollut kuitenkin niukasti aikaa, joten konsultointi ei aina ole järjestynyt. Tarvittaessa työterveyshoitajat ovat voineet konsultoida psykologia. Konsultaatiomahdollisuudesta huolimatta työterveyshoitajat eivät koe tekevänsä varsinaista tiimityötä vaan heidän on tehtävä työ ja ratkaisut yksin ja itsenäisesti.

*”Ett olis ihan hyvä ett olis tällast konsultointiaikaa, mutt melkeen psykologin kanss on paremmin ollu sitt traas. Itsenäisest nää ratkaisut täytyy tehdä, ei varsinaista tiimityötä tehdä.” (T7)*

Terveyskeskuksen työterveyshuollon lääkäreillä ja työpsykologeilla on käytössään muistihäiriöiden tutkimisen malli, jonka on kehitellyt perusterveydenhuollon puolella geriatri. Se ohjaa selkeästi lähettämisen muistin tutkimiseen liittyviin laboratoriokokeisiin, testeihin ja tutkimuksiin sekä hoidon ja seurannan käytännön. Työterveyshoitajista ei kukaan maininnut kyseistä mallia haastattelussa. Lääkäri käyttää muistin kartoittamiseen haastattelua, neuvontaa ja ohjausta ja lähettää niin arvioidessaan asiakkaan jatkotutkimuksiin neurologille, neuropsykologisille tai työpsykologille.

Työpsykologi tekee asiakkaalle kognitiivisen tason määrittelyn eli määrittelee ihmisen kognitiivisen suoriutumiskyvyn ja tason. Psykologilla on käytössään erinäinen määrä testejä, joista hän valitsee asiakasta haastateltuaan tarvittavat. Psykologi käy testien tulokset läpi yhdessä asiakkaan kanssa ja arvioi uusintatutkimusten ja seurannan tarpeen. Psykologi antaa myös tietyissä

rajoissa ohjausta ja neuvontaa. Psykologit ovat muistiasioissa asiantuntijoita ja he kokevat, että heidän osaamistaan ja mahdollisuuksiaan tutkia muistin tilaa tulisikin käyttää työterveyshuollossa hyväksi. Tästä kertoo psykologi seuraavasti:

*”Meillä on välineet niin ku arvioida sitä jatkotutkimustarvetta ja meillä on välineet jo vetää aika pitkällekin meneviä johtopäätöksiä, ett missä kohdassa nyt kuljetaan.”(T3)*

#### 6.1.2 Työterveyshuoltohenkilökunnan arvio omasta tiedosta muistisairauksiin liittyen

Haastattelun perusteella lääkäriillä ja psykologilla on oman näkemyksensä mukaan työterveyshuollon toteuttamisessa tarvittava tieto muistisairauksista. Lääkäri toteaa, että työikäisten muistihäiriöiden ja –sairauksien tutkimus kuuluu erikoissairaanhoidon eikä heidän pidäkään tutkia ja etenään diagnosoida sitä työterveyshuollossa. Lääkäri kertoo muistisairauksien tutkimisesta seuraavaa:

*”Jos muistihäiriö tai -sairaus uhkaa työikäistä niin kyllä silloin ajattelee itzens perusterveydenhuollon toimijana, niin silloin se suunta on se ett se muistihäiriöinen työikäinen lähtee erikoissairaanhoidon.” (T4)*

Psykologi on työterveyshuollon asiantuntija, joka tutkii neurologisesti muistivaikeudet eli tekee neuropsykologiset muistitutkimukset. Psykologin mukaan moniammatillisessa työyhteisössä jokainen tietää, mitä kukin ammattihenkilö ja asiantuntija osaa ja mitä hänen tehtäväkuvaansa kuuluu ja osaa näin tarvittaessa lähettää työntekijän oikean asiantuntijan vastaanotolle. Psykologi kertoo yhteistyön työterveyshuollon henkilökunnan kesken sujuvan hyvin. Työterveyshoitajat puolestaan kertovat, ettei heillä ole tarkkaa käsitystä siitä, mitä lääkäri ja psykologi tekevät, kun he lähettävät työntekijän heidän vastaanotolleen muistiongelmien vuoksi. Yhteistyön sujumisesta ja toistensa osaamisen tuntemisesta psykologi ja terveydenhoitaja kertovat seuraavaa:

*”Me tehdään tätä moniammatillista yhteistyötä. Meillä työterveyshoitajat ja työterveyslääkäri tietää mitä psykologilta voi tässä kohdassa toivoa. Niinpä he sitten ohjaavat psykologille”. (T3)*

*”Se, mitä lääkäri tekee, ni ihan tarkkaan en pysty kertoon, ett mikä se prosessi sitten. Mutt sen mä tiedän, ett kauheen äkkii he ei eteenpäin laita. Ett sitte tavallaan lähdetään siitä, ett hekin niin ku miettii sitä ja hakee ja tapaa ihmisen useemman kerran, ett mitä se ihan oikeesti on.” (T8)*

Psykologi korostaa varhaisen diagnoosin merkitystä, jotta hoidolla vielä olisi mahdollisuuksia vaikuttaa. Tämä vaatii osaamista ja muistisairauksien oireiden tunnistamista koko työterveyshuollon henkilökunnalta.

Haastatelluilla työterveyshoitajilla on kaikilla pitkä työkokemus, terveydenhoitajan koulutus sekä työterveyshuollon pitkä kurssi tai työterveyshuollon erikoistutkinto. Heidän koulutukseensa muistihäiriöt tai –sairaudet eivät juuri ole kuuluneet. Osalla hoitajista peruskoulutuksesta on jo aikaa ja muistisairauksista ei koulutuksessa tuohon aikaan juurikaan ollut puhetta. Tästä työterveyshoitaja kertoo:

*”Kyllähän siellä on kuullu taudin nimiä tai on kuullu ett on muistisairauksii, mutt kyll ne ihan niin neuron asioita on ollu.” (T6)*

Työterveyshoitajat tunnistavat oman osaamisensa ja vastuunsa. He kertovat sopineensa, mitä heidän työnkuvaansa osaamisen perusteella kuuluu eivätkä he tee testejä, joihin heidän osaamisensa ei riitä. Heitä auttaa oman tehtäväkuvan rajaamisessa myös etukäteen sovitut menettelytavat testien tekemisestä, analysoinnista ja tulkinnasta. Eräs työterveyshoitaja kertoi tästä esimerkiksi seuraavasti:

*”Me on sovittu tietyt testit, ett me ei niitä tehdä. Ett me koetaan ett ne on lääkärille, koska ne täytyy osata analysoida. Ei niin ku lähdetä liian syville vesill, mihin me ei olla saatu koulutusta”. (T8)*

Etenkin työterveyshoitajat kaipaavat muistiasioiden sisällyttämistä työterveyshuollon koulutuksiin. Se voi heidän mukaansa olla ainakin yhtenä osana sisäisten koulutusten koulutuspäiviä tai säännöllisten työterveyshuollon yhteispalaverien alustuksia.

Pyydettyäessä luettelemaan mahdollisia työikäisten muistisairauksia työterveyshoitajat mainitsevat Alzheimerin taudin ja dementian. Muistisairauksiin liittyviä oireita tiedusteltaessa, työterveyshoitajat mainitsevat vain muistiongelmia. He luettelevat kuitenkin persoonallisuuden muuttumisen, seisahtuneisuuden, unohtelun, hitauden, muistamattomuuden, tutun asian osaamisen häviämisen, väärin tekemisen ja keskittymisvaikeudet kertoessaan tapausesimerkkejä. Työterveyshoitajat kuitenkin kertovat, etteivät ole yhdistäneet näitä oireita mahdollisiin muistisairauksiin. Tästä kertovat seuraavat työterveyshoitajien esimerkit:

*”Ei kyllä ensimmäisenä tullu mieleen, että siellä taustalla vois olla jokin muistisairaus.” ” Sitä on aika vaikeaa erottaa, mikä menee sairauden puolelle.” (T6)*

*”Me ollaan sitä mieltä, että pitää tietää asioista sen verran, että osaa ohjata asiakkaan eteenpäin.” (T8)*

Muistiongelmiensa taustalla työterveyshoitajat kertovat usein olevan masennuksen, stressin tai uupumuksen eikä muistisairautta tullut edes ajatelleeksi mahdollisena oireiden ensisijaisena syynä. Muistiongelmiä esiintyy myös muiden sairauksien kuin varsinaisten muistisairauksien yhteydessä. Näitä voivat olla aivokasvaimet, aivoleikkausten jälkitilat tai tapaturmat. Työntekijöitä, joilla on varsinainen muistisairaus, ei työterveyshuollon asiakkaina juurikaan ole vaan he ovat jo jääneet pois työelämästä ja näin pois työterveyshuollon piiristä. Tähän saattaa olla syynä myös muistisairauden tunnistamisen viivästyminen. Tätä eräs työterveyshoitaja pohtii seuraavasti.

*”Että se on ihan oikeesti semmonen, että kun muistisairaus on niin kauan paljon työterveyshuolto siinä siltä on enää mukana. Ehkä se on se varhainen tunnistaminen se meidän suurin haaste.” (T1)*

Työterveyshoitajat kokevat tehtäväkenttensä laajaksi ja vaativan koulutuksen lisäksi kokemuksen karttumista, jotta olemassa olevaa tietoa pystyy myös käytännössä hyödyntämään. He kokevat, että vuodet tuovat osaamiseen myös ns. hiljaista tietoa:

*”Mutu on kyllä tärkeä tässä työssä, että oppii haistelee. Ja sitten monesti laittaa lääkärille.” (T8)*

### 6.1.3 Työterveyshuollon käytettävissä oleva muistiongelmia käsittelevä materiaali

Työterveyshuollossa ei ole Muistihäiriöihin ja –sairauksiin sekä niihin vaikuttaviin riskitekijöihin liittyvää materiaalia. Muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvää painettua materiaalia kuitenkin kaivataan jaettavaksi työntekijöille ohjauksen ja neuvonnan tueksi. Osa työterveyshoitajista kertoo käyttävänsä myös internetistä löytyvää materiaalia. Eräs työterveyshoitaja kertoo hakevansa asiakkaan kanssa tarvittaessa yhdessä tietoa netistä. Tämä vaatii kuitenkin melkoisesti aikaa ja tietoa siitä, mistä luotettavaa materiaalia voi etsiä. Materiaalin hakemiseen käytetty aika on pois jostain muusta, kuten työterveyshoitaja kertoi:

*”Mulla ei varsinaisesti tässä ole, että jos tulee sinne tällainen asiakas, joka kyselee siitä, niin me yleensä yhdessä haetaan sitä materiaalia. Että on aina aikaa sinne, jos vaikka terveystarkastus niin jätetään vaikka sinne sitä muuta tekemättä.” (T8)*

Suurimmalle osalle työterveyshuollon henkilökunnasta muistiyhdistyksen toiminta on vierasta. He kokevatkin, että olisi hyvä tietää enemmän yhdistyksen toiminnasta ja asiakkaiden ohjaamisesta sen toiminnan piiriin. Yhdistys voi myös tuottaa ja välittää päivitettyä materiaalia ohjauksen ja neuvonnan tueksi.

#### 6.1.4 Työterveyshuollon taito ottaa muistiongelmien puheeksi

Työterveyshuollossa muistiongelmien ottaa puheeksi yleensä asiakas itse. Terveystarkastuksissa tai vastaanottokäynneillä muistipulmista keskustellaan tänä päivänä vaihtelevasti. Osa työntekijöistä avaa keskustelun muistiongelmista melko avoimesti ja toiset taas kokevat asiasta puhumisen vaikeaksi. Työntekijät kokevat työterveyshuollon työterveyshoitajien mukaan paikaksi, jossa voi keskustella omista asioistaan suoraan.

Asiakkaat tietävät tänä päivänä enemmän muistiongelmista ja kiinnittävät niihin enemmän huomiota, jolloin niistä keskusteleminen on helpompaa. Työterveyshoitajat kokevat, että siinä vaiheessa, kun asiakas tuo muistiongelmansa tai epäilynsä muistihäiriöstä esille, hän on jo miettinyt ja epäillyt jotain olevan vialla jo pidempään. Tällöin työntekijä on halukas myös lähtemään jatkotutkimuksiin muistiongelmien selvittämiseksi. Työterveyshoitajien mukaan tilanne on sama myös muistiongelmiin liittyvän materiaalin ja tiedon kohdalla eli työntekijä kysyy niitä, kun on oikeasti huolissaan muististaan.

Työterveyshoitajien haastattelussa tulee myös esille, että asiakkaat ottavat muistiongelmien helpommin puheeksi, jos asiakassuhde on kestänyt pidempään ja työntekijä tuntee hoitajan hyvin. Tällöin työntekijän on helpompi puhua vaikeistakin asioista tutulle ja luotettavalle henkilölle. Toisaalta asiakas voi myös vähätellä muistiongelmia tai selitellä niitä kiireellä tai liiallisella käsiteltävän tiedon määrällä. Työterveyshoitajat kokevat, että muistettavaa tuntuu olevan nykyisin liikaa, joten unohtelua tulee väistämättä, kuten eräs hoitaja kertoo:

*”Pääsääntöisesti kun ei enää muista jotain salasanoja, nii en mä oo siihen kiinnittänyt huomio, en mää ittekkää muista.” (T6)*

Muistiongelmien voivat tulla esille myös asiakkaan tullessa jonkin muun asian vuoksi lääkärille vastaanotolle. Tällöin huoli muistin tilanteesta voi herätä tutkimuksen tai haastattelun yhteydessä, jolloin lääkäri alkaa selvittää asiaa tarkemmin. Asiakkaan muistiongelmien tai mahdolliset sen aiheuttamat ongelmat työtehtävien suorittamisessa tulevat työterveyshuollon tietoon joskus myös



esimiehen ottaessa yhteyttä. Työnantajien yhteydenotot ovat kuitenkin satunnaisia. Työnantajan ottaessa yhteyttä työntekijän työkyvyn heikennyttyä ongelma on yleensä ollut pidempään ja oireet ovat jo melko vaikeita, josta kertoo työterveyshoitajien esimerkit:

*”Mä luulen ett ainakin näis tapauksis kun nää on ollu niin graaveja niin esimies on ottanu yhteyttä aivan liian myöhään.” (T6)*

*”Yleensä asiakas itse ottaa asian puheeksi. Työnantajat ovat joskus kovin varovaisia ottamaan yhteytä meihin.” (T5)*

Työterveyshuollossa koetaan, että muistiasioista keskusteleminen voi olla helpompaa kuin esim. masennus- tai ahdistusoireista puhuminen. Asiakas voi valittaa muistiongelmaa ja asiaa tarkasteltaessa havaitaan, että ongelmana saattavatkin olla mielenterveysongelmat, mahdollisesti unihäiriöt tai jokin muu hoidettavissa oleva syy.

*”Jos ihmisellä on masennusoireita, ahdistusoireita tai vaikka unihäiriöitä, niin tuntuu, että on helpompi ottaa asia puheeks, ett sitä paitsi mun muisti pätkii. Se on niin ku se millä päästään jutun alkuun kiinni. Muistista on helpompi puhua kuin masennuksesta.” (T4)*

Asiakkaat, joiden suvussa on esim. Alzheimerin tautia ottavat myös omat muistiongelmansa ja pelkonsa herkemmin esille. Osa asiakkaista on halukkaita selvittämään oman muistinsa tilanteen ja mahdollisesti riskinsä sairastua muistisairauteen.

*”Silloin jos vähän nuoremmalla iällä rupeaa tulemaan sellasia muistihäiriöitä, ett tiedetään, ett suvussa on Alzheimeria, jotkut hakeutuu innolla tutkimuksiin, myös potilaat ja asiakkaat itse. Mutt jotkut taas välttelevät sitä kovasti.” (T3)*

Työterveyshuollossa nähdään, että osaan muistiongelmistä ovat syynä myös asiakkaan omat elintavat tai työhön liittyvät asiat. Tällöin pohditaan asiakkaan

kanssa yhdessä, mitä asioille voisi tehdä ja mikä merkitys omilla valinnoilla on työ- ja toimintakykyyn sekä elämänlaatuun.

*”Ihminen valittelee kovasti, että hänellä on vaikeuksia muistin kanssa. Ja tota sitten niin tota kysymyksen asettelu on se, että kuinka paljon se selittyy väsymyksestä, uupumuksesta, ehkä jostakin masennuksesta, mielialasta.” (T3)*

Muistiongelmista tai vaikeuksista työstä suoriutumisesta voidaan keskustella myös ns. kolmikannassa eli keskusteluun osallistuvat työntekijän lisäksi esimies ja työterveyshuollon edustaja. Näissä keskusteluissa työterveyshuollolla on asiantuntijan rooli, jolloin se voi suositella tiettyjä korjaavia toimenpiteitä työpaikalla, mutta päätökset niiden toteuttamisesta tekee työnantaja. Työterveyshuolto on tällöin asiantuntija, jolla on osaamista työntekijän terveydentilasta, työn asettamista terveydellisistä vaatimuksista työn suorittamisen kannalta ja työntekijän sopivuudesta kyseiseen työhön. Työterveyshuollon roolista ongelmatilanteissa kertoo eräs työterveyshuollon edustaja näin:

*”Meidän tehtävä on sanoa, että me ollaan havaittu nämä asiat ja näihin laitettais jotain, voidaan suositella työn keventämistä tai kehityskeskusteluja tai jotain tai kertoa, mitä kuntoutusmahdollisuuksia on käytettävissä.” (T4)*

Osa haastateltavista korostaa myös kokemusta, osaamista ja aitoa halua kuunnella asiakasta, jotta tämä uskaltaisi tuoda esiin myös vaikeat asiat.

*”Pitää olla tarkka korva sille, että jos asiakas ottaa asian puheeksi niin sitten ohjataan asian selvittelyyn.” (T3)*

Kaikki työntekijät, joilla muistiongelmia havaitaan, eivät halua jatkotutkimuksiin. Tähän työterveyshuollon mukaan voi olla syynä asian kieltäminen eli työntekijä ei ole valmis myöntämään, että jotain on vialla tai hän pelkää sairauden mahdollisuutta. Syynä voi olla myös se, että työntekijällä on työaika jäljellä

enää niin vähän ennen eläkkeelle siirtymistä, että hän haluaa jatkaa sen loppuun asti pienistä muistiongelmista huolimatta.

Työ- ja toimintakyvyn laskun syynä voi olla sairaus, joka vaatii tarkempia tutkimuksia ja mahdollisesti sairausloman. Työnantajalla on velvollisuus ja oikeus pyytää työterveyshuollon tukea tilanteissa, jolloin työntekijällä esiintyy ongelmia työn tekemisessä tai paljon työstä poissa oloja. Tällöin voidaan yhdessä työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon kanssa miettiä keinoja tai esimerkiksi työjärjestelyjä työssä selviytymisen tueksi. Muistisairauksien kohdalla työjärjestelyt riippuvat sairauden aiheuttamista rajoituksista ja ennusteesta, työntekijän kyvystä oppia uusia työtehtäviä sekä työpaikan mahdollisuuksista järjestellä työtä. Työssä jatkamista sairaudesta huolimatta tulee miettiä myös turvallisuuskulmasta. Tästä kertoo työterveyshuollon ammattihenkilö seuraavaa:

*”Ett jos olis sellanen ideaalitalanne, ett olis selkee ongelma, joka pystytään viel aika selkeesti sanomaan, ett missä se tuki ja miten se vaikuttaa niihin työtehtäviin, ois sellanen avoin ilmapiiri, nin kyll sopivassa työtehtävässä varmaan voidaan joitain muuta. Ett sitt taas nyrkkisääntöisesti, jos ajatellaan ett työt muuttuu kolmen kuukauden välein ja aina aina opetetaan jotain uutta, ni kyll se nyt ehkä enemmän ahdistaa kuin tukee sen muistisairauden kanssa.”*  
(T4)

## 6.2 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon toiminnasta

### 6.2.1 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon testauksista

Osalle haastatelluista työterveyshuollossa psykologi on tehnyt muistitutkimuksia, joiden tulosten perusteella heidät on lähetetty jatkotutkimuksiin. Ennen psykologin tutkimuksiin tuloa työntekijä on käynyt lääkärin vastaanotolla ja lääkäri on tehnyt lähetteen psykologin vastaanotolle.

Yleensä jatkotutkimukset käsittävät lähetteen neurologille, joka lähettää työntekijän magneettikuvaukseen tai PET-kuvaukseen. Työterveyshuollosta lähetetään myös psykologin tutkimuksen jälkeen tarkempiin tutkimuksiin neuropsykologille. Työterveyshuollossa ei haastateltujen mukaan tehdä psykologin tutkimusten lisäksi muita muistitestejä tai kartoiteta muistin tilannetta.

### 6.2.2 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon tiedosta

Kukaan haastatelluista ei kerro keskustelleensa muistiongelmista työterveyshoitajan kanssa vaan kaikki kertovat keskustelleensa asiasta pelkästään työterveyslääkärin kanssa. Tutkimuksiin pääsystä haastatelluilla on hyvinkin erilaisia kokemuksia; joku on lähetetty jatkotutkimuksiin nopeasti kun taas toisten kokemus on, että tutkimuksiin pääsy on hidasta. Eräs nuori muistisairautta sairastava mies kertoo nopeasta tutkimuksiin pääsystä näin:

*”Ett se tuli niinku aika nopiast se ett pääsi näihi niinku, näihi psykologisii testeihi. Ja sen perusteel niinku lähtiki, sitt kuvattii ja simmot se meni. Ku magneetti ku ei näyttäny mitää viel, ni oireet ku sitt taas, ni mä pääsi viel siihe PET-kameraa.” (S3)*

Työterveyslääkäri ei välttämättä näe tarvetta lähettää psykologin testeihin asiakkaan muistiongelmista huolimatta, joten haastatelluista osa onkin ottanut yhteyttä itse suoraan neurologiin, joka on aloittanut tutkimukset. Tällöin asiat etenevät tutkimusten ja hoidon aloittamien suhteen nopeasti, kuten eräs sairastunut haastattelussa kertoi:

*”Mutt se eteni niinku hitaasti ett mä pääsin niihi psykologin testeihin tän muistin kaa. Ja hän totes ett mull on ikäisekseni muisti huonontunu jo aika huomattavasti. Sitt alko tapahtumaan.” (S1)*

Työterveyshuollossa jatkotutkimuksiin lähetetään nopeasti, jos asiakkaan kertomat oireet liittyvät työn tekemisen vaikeutumiseen, nimien unohteluun, uuden oppimisen vaikeuteen ja keskittymiskyvyn heikkenemiseen. Pelkkä

muistista huolestuminen ei haastateltavien mukaan johda jatkotutkimuksiin. Masennusoireen hoitamiseen tartutaan työterveyshuollossa kuitenkin aktiivisesti. Osa haastatelluista kertoo saaneensa masennukseen lääkitystä, psykologin ohjausta tai asiakas on ohjattu mielenterveystoimistoon. Haastateltujen kokemukset psykologin toiminnasta ovat myönteisiä. Näin kertovat kaksi naista kokemuksistaan työpsykologin käynneistä:

*”No tota mun mielest oli se psykologi aivan ihana työterveyshuollossa.” (S1)*

*”Joo, ihan kiva oli käydä juttelemassa. Mä sain tukea ihan valtavasti sieltä.” (S2)*

### 6.2.3 Muistisairaiden henkilöiden kokemukset työterveyshuollon puheeksi ottamisen ja kuuntelemisen taidoista

Sairastuneiden kokemukset muistiongelmien puheeksi ottamisesta työterveyshuollossa vaihtelevat. Osa haastatelluista kokee, että muistiongelma otetaan työterveyshuollossa heti tosissaan. Osa haastatelluista taas on sitä mieltä, että oireista kertomiseen ei suhtauduta vakavasti tai niitä ei noteerata lainkaan. Jatkotutkimuksiin pääsemiseksi asiakkaiden on pitänyt todistella pitkään, että muistiongelma häiritsee työntekoa ja rasittaa henkisesti.

Esimerkiksi muistisairautta sairastava nainen kertoo tutkimuksiin pääsemisen vaikeudesta seuraavasti:

*”Joo no kysyttiin vaan, ett kuka on Suomen presidentti. Mutt mää tolkutin sitt tätä asiaa niin pitkään, ett tähän asiaan on puututtava, ett se lisää mun stressikuormitusta ja muuta.” (S1)*

Osa haastatelluista kokee, että muistiongelmien puheeksi ottaminen ja siihen vakavasti suhtautuminen on ollut riippuvainen lääkäristä henkilönä. Tästä esimerkkinä kahden muistisairautta sairastavan naisen kokemus ennen muistitutkimuksiin pääsyä:

*”No työterveyshuolto toimi mun mielest liian hitaasti siinä vaiheessa. Ett mulla on onneks vaihtunu työpaikkalääkäri. Eliikkä nyt alko niinku tää homma niinku paremmin mun mielestä toimimaan.” (S1)*

*”Vaikk hän on mun työterveyslääkäri, ni hän ei oll tukenu munt näis asioiss. Mä en ol enää oikeestan käyny siell, kun meill on niin erilainen näkökanta lääkärin kanss.” (S4)*

Muistiongelmia ei työterveyshuollossa aina oteta vakavasti. Eräällä haastateltavista on itsellään terveydenhuoltoalan koulutus ja kokee, että sen myötä hän osaa hakea apua, kun ei sitä työterveyslääkäriltä saa. Hän kertoo kysyneensä neuvoja erikoislääkäriltä, miten asiassa tulee edetä jatkotutkimuksiin pääsemiseksi.

*”Koska se sitt meni sill tavall eteenpäin ett mä soitin ite neurologille aluesairaalaan ja ne tota sano ett työpaikkalääkäriin täytyy hoitaa nää asiat eteenpäin. sen jälkeen mä otin työpaikkalääkäriin yhteyttä ja sanoin ett mitä sairaalass on sanottu, ett sun täytyy jatkohoidot suorittaa ja tehdä ne, ett tää asia etenee. Sitt alko tapahtumaan.” (S1)*

Muistisairauden oireet saattavat alkuvaiheessa olla epämääräisiä eikä syytä toimintakyvyn laskuun löydy heti erikoissairaanhoidonkaan tutkimuksissa. Erään haastateltavan kohdalla hänet oli lähetetty työterveyshuollon kautta erikoissairaanhoidon tutkimuksiin työssä esiintyneen unohtelun ja epämieluisan olotilan vuoksi. Tutkimuksissa ei kuitenkaan löytynyt syytä oireisiin ja työntekijä jäi sairauslomalle oireiden aiheuttaessa työkyvyttömyyttä. Hänen tapauksessaan työterveyshuollossa oireet on otettu vakavasti ja lähetetty jatkotutkimuksiin eli muistitesteihin psykologille ja neurologille. Haastateltava kertoi jääneensä myöhemmin työttömäksi ja pudonneensa näin pois työterveyshuoltopalvelujen piiristä. Kysyttäessä häneltä työterveyshuollon toiminnasta, hän kertoo:

*”Kyllä ne minua käytti, ne passitti minut ja mun piti käydä niitä muistitehtäviä kyllä. Ni kyllä mua on tutkittu, tosi hyvin ja näin pois päin, en voi sitä väittää..” (S2)*

Työjärjestelyt muistiongelmaisten työntekijöiden kohdalla eivät ole kovin yleisiä. Työelämästä pois jääminen on osalle sairastuneista ainoa ratkaisu sairauden aiheuttaessa jo vaikeita työkyvyn ongelmia. Työelämästä poisjääminen voidaan kokea myös helpotukseksi, koska työ on sujumisesta huolimatta voinut käydä rasittavaksi ja väsyttäväksi. Eräs haastatelluista kertoo jääneensä jo mielellään viettämään eläkepäiviä:

*”No totta kai no toi eläke nyt ihan riittää, ett kyll mää nautin nyt sit tän oman eläkeikäni. Ei mä yhtään niinku kaipa sitä työtä.” (S3)*

Haastateltavista yksi on edelleen työelämässä ja hänen kohdallaan työjärjestelyjä on pohdittu ja toteutettu yhdessä työnantajan ja työterveyshuollon kanssa. Hän on tehnyt lyhennettyä työaika ja ollut ajoittain sairauslomalla. Työtehtävät ovat pysyneet samoina ja hän kokeekin, että järjestely on ollut hyvä, koska uusien työtehtävien oppiminen olisi liian työlästä. Hän kertoo työjärjestelyistä seuraavaa:

*”Juu ja sitt on puhuttu siitäkin, ett mä tekisin nelipäiväist työviikkoo sillon ku mulla meni vielä huonommin. Niin siihe oli neurologi ja työpaikkalääkäri ois kirjottanu sen ja mä sanoin jo mejän pomollekin siitä. mutt sitt mä ite vetäydyin, ett en haluu. Ainakaan täss vaiheessa, ett jos näyttää tältä nii mä haluun tehdä normaalit työviikot.” (S1)*

## 7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.2 Tutkimuksen johtopäätökset

Tutkimustuloksista olen tehnyt seuraavat johtopäätökset:

1. Työterveyshuollossa ei ole psykologin tutkimuksia lukuun ottamatta käytössä muistin kartoittamiseen käytettäviä testejä. Etenkin työterveyshoitajat kaipaavat helppoa ja nopeaa muistitestiä, jolla voidaan tunnistaa vakavasti otettavat muistiongelmia.
2. Työterveyshuollolla on vähän tietoa hoidettavissa olevista muistihäiriöistä ja niiden syistä, muistisairauksista ja niiden oireista, tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Työterveyshoitajat kokevat tarvitsevänsa enemmän tietoa muistiongelmien liittyen, koska työntekijät ottavat muistiongelmia aikaisempaa useammin puheeksi vastaanotolla.
3. Työterveyshuollolla ei ole muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvää jaettavaa materiaalia. Muistiongelmien liittyvän materiaalin jakaminen ei heidän mukaansa riitä vaan siihen pitää sisältyä myös aiheeseen liittyvä ohjaus ja neuvonta.
4. Työntekijät ottavat muistiongelmia yleensä avoimesti puheeksi työterveyshuollossa. He kokevat, ettei asiaan aina suhtauduta vakavasti työterveyshuollossa.
5. Työterveyshuoltohenkilökunta toimii pitkälti hyvin itsenäisesti eikä aina käytä muiden asiantuntijoiden osaamista hyväksi. Työterveyshuollossa ei ole yhtenäistä muistisairauksien hoitopolkua, joten käytännöt muistiongelmien tunnistamisessa, tutkimisessa ja hoitoon ohjauksessa vaihtelevat työterveyshuoltohenkilöstön kesken. Työikäisten muistisairauksien tutkimus ja hoito kuuluu erikoissairaanhoidon, mutta sinne lähettämiseen työterveyshuollolla tulee olla yhtenäinen käytäntö.



6. Työelämässä selviytymisen tukeminen muistisairaudesta huolimatta koetaan vaikeaksi. Tähän vaikuttavat sopivien työtehtävien puute, sairauden ennusteen vaikeus, sairastuneen uuden oppimisen vaikeus ja työntekijän oma halu siirtyä pois työelämästä. Työikäisten muistisairaudet tunnistetaan myöhään, jolloin työssä jatkaminen työjärjestelyjen avulla on jo vaikeaa.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa yhtä yksiselitteistä ohjetta vaan tutkimusta on tarkasteltava kokonaisuutena, jossa korostuu johdonmukaisuus. Tuomi ja Sarajärvi (2009) ovat listanneet asioita, joita tulee arvioida erikseen ja suhteessa toisiinsa, jotta voidaan puhua laadukkaasta tutkimuksesta. Näitä ovat tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset tutkijana kyseisessä tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat ja heidän suhteensa tutkijaan, tutkimuksen kesto, luotettavuus ja raportointi.

Toteutin tämän tutkimuksen Ray:n rahoittaman projektin nykytilanteen arvioimiseksi, jotta sen tavoitteet voidaan tarkentaa vastaamaan olemassa olevaa tarvetta ja tilannetta. Tutkimuksessa kartoitettiin työterveyshuollon muistihäiriöihin ja –sairauksiin liittyvää tietoa, välineitä, materiaalia ja puheeksi ottamisen taitoa sekä muistisairaiden henkilöiden kokemusta työterveyshuollosta. Tulosten avulla pyrittiin löytämään kehittämisalueet työikäisten muistisairauksien varhaisen toteamisen edistämiseksi.

Oma sitoutumiseni tutkijana tutkimukseen on vahva, koska työskentelen muistisairaiden henkilöiden kanssa ja ongelma diagnosoinnin viivästymisestä perustuu myös omaan kokemukseeni. Tämän lisäksi vastaan projektin toteutumisesta ja tuloksista. Projektin onnistumisen kannalta on tärkeää kartoittaa nykytilanne, jotta kehittämistyö kohdistuu tarvittaviin ja oikeisiin asioihin.

Keräsin aineiston teemahaastattelulla, jonka nauhoitin tarkan analysoimisen mahdollistamiseksi. Haastattelun tavoitteena oli saada syvää ja henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvaa tietoa. Haastattelun kuluessa oli mahdollisuus tarkentaa ja tarkistaa haastateltavan kertomusta. Minulla ei ollut teemahaastattelusta entuudestaan juuri kokemusta, joten sen suunnittelu, siihen valmistautuminen ja sen toteutus vaativat runsaasti paneutumista ja keskittymistä. Jokaisen haastattelukerran jälkeen pyysin palautetta haastattelun toteutumisesta haastateltavalta sekä arvioin omaa onnistumistani ja kehittämistarpeitani.

Haastattelin yhdeksän työterveyshuollon ammattihenkilöä tai asiantuntijaa ja viisi henkilöä, joilla on muistihäiriötä tai –sairaus. Työterveyshuoltohenkilöstöstä ensimmäiseksi haastattelin kaksi osastonhoitajaa. He antoivat yhteystiedot muista työterveyshuollon työntekijöistä, joihin voin ottaa yhteyttä haastattelun sopimiseksi. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä sovittiin etukäteen puhelimitse. Tutkimuksen missään vaiheessa ei käy ilmi, ovatko haastattelutulokset julkiselta- vai yksityiseltä sektorilta. Muistihäiriöiset tai -sairaajat henkilöt olivat Salon seudun muistineuvolan alle 65-vuotiaita asiakkaita, joilta oli neuvolasta käsin pyydetty lupa yhteystietojen antamiseen haastatteluajan ja -paikan sopimiseksi. Otin yhteyttä viiteen luvan antaneeseen henkilöön, jotka kaikki suostuivat haastatteluun. Muistineuvolan työntekijät eivät tienneet, keitä valitut haastateltavat olivat.

Esittelin haastattelun tuloksia työikäisten muistiongelmia käsittelevässä seminaarissa. Tuolloin seminaariin osallistuvilta työterveyshuollon edustajilta kysyttiin heidän mielipiteitään tulosten paikkansa pitävyydestä. Mielipiteitä esitettiin melko niukasti, mutta ne olivat samansuuntaisia tulosten kanssa. Toisaalta työterveyshuollon ammattihenkilöt toivat esiin myös työnsä laaja-alaisuuden ja kiireen, jolloin muistihäiriöihin ei ole aikaa juuri paneutua. Menetelmänä puhutaan Face-validiteetista, jolloin tulokset esitetään henkilöille, joille tutkittava asia on tuttu (Janhonen ja Nikkonen 2003, 37).

Tutkimuksen luotettavuutta pyrin lisäämään raportissa myös suorilla lainauksilla haastattelusta, jotka tukevat analyysiä. Tällöin lukija näkee, minkälaisista vastauksista olen tulkintoja ja päätelmiä tehnyt.

Epävarmuutta tulosten suhteen aiheuttaa muistisairaiden henkilöiden muut mahdolliset sairaudet kuten mielenterveysongelmat, muistin luotettavuus ja se, että lääkäristä ja terveydenhoidosta puhutaan yleisesti enkä aina voinut olla varma puhuivatko he tutkimuksen kohteena olevasta työterveyshuollosta. Heidän kokemukset olivat lähinnä työterveyslääkäreistä ja työterveyspsykologeista, joista he käyttivät yleensä ilmaisua lääkäri ja psykologi. Haastattelussa pyrin selvittämään etenkin heidän kokemustaan työterveyshuollosta ensimmäisten oireiden ja sairauden varhaisvaiheen aikana, mutta ajoittain oli vaikeaa selvittää tarkentavista kysymyksistä huolimatta, mistä ajankohdasta he milloinkin kertoivat.

Tutkimustulokset työterveyshuollon suhtautumisesta muistiongelmiin ja valmiudesta tunnistaa muistisairauksia ovat osittain samansuuntaisia Koskisuun (2007, 8-9) kyselytutkimuksen tulosten kanssa. Voidaan siis olettaa, että työterveyshuollon ammattihenkilöiden tieto ja käytettävissä olevat välineet muistin tutkimiseen vaativat kehittämistä laajemminkin kuin Salossa. Työterveyshuollossa pidetään työikäisten muistisairauksia niin marginaalisena ryhmänä ja niiden tutkimusta erikoissairaanhoidon tehtävänä, että muistisairauksiin perehtyminen ei ole heidän mukaansa ensimmäisenä kehittämisalueiden listalla. Työterveyshoitajien mukaan muistihäiriöistä kuitenkin valitetaan työterveyshuollon vastaanotolla entistä useammin, joten jonkin asteista tiedon, tutkimusvälineiden sekä materiaalin lisäämistä työterveyshuoltoon tarvitaan.

#### 7.4 Yhteenveto tutkimuksesta ja sen tuloksista

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa työterveyshuollon valmiuksia tunnistaa ja hoitaa työikäisten muistihäiriöitä ja –sairauksia sekä työikäisenä

muistisairauteen sairastuneiden kokemuksia työterveyshuollon toiminnasta. Tutkimustulosten perusteella voidaan auttaa työterveyshuoltoa kehittämään ratkaisuja, joilla työterveyshuollon asiakkaiden muistisairauksien riskiryhmässä olevat ja mahdolliset muistihäiriöt ja -sairaudet tunnistetaan mahdollisimman varhain ja hoidon ohella tuetaan voimavaralähtöisesti sairastuneen työssä selviytymistä.

Tutkimuksen menetelmänä käytettiin kartoitusta ja aineisto kerättiin haastattelemalla. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin kahta työterveyshuollon osastonhoitajaa työterveyshuollon toiminnan kartoittamiseksi Salossa. Toisessa vaiheessa haastateltiin viittä työterveyshoitajaa, yhtä työterveyslääkärinä ja yhtä työpsykologia sekä viittä muistisairauteen sairastunutta työikäistä henkilöä.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden näkemystä omasta tiedosta muistihäiriöihin ja -sairauksiin liittyen, käytettävistä olevista muistin tutkimusvälineistä, ohjaus- ja neuvontamateriaalista ja kokemusta muistiongelmien puheeksi ottamisesta sekä sairastuneiden kokemusta työterveyshuollon valmiudesta tunnistaa muistihäiriöt ja -sairaudet, muistin tutkimiseen käytettävistä välineistä ja muistiongelmien puheeksi ottamisesta.

Työterveyshuollossa työterveyshoitajat ja työterveyslääkäri eivät tällä hetkellä käytä varsinaisia muistin kartoittamiseen tarkoitettuja testejä vaan muistin tilaa tarkastellaan lähinnä haastattelemalla sekä ohjauksen ja neuvonnan yhteydessä. Muistin ja yleensä kognition tilaa kartoittavia kysymyksiä sisältyy Euroquest-kyselyyn, jonka terveydenhoitajat tekevät liuotinaineille altistuneille työntekijöille. Kyseisen testin tulkintaohjeiden mukaan muistiosiossa ilmenevien poikkeavuuksien selvittämiseksi on harkittava tarkempaa muistisuoriutumisen kartoitusta esim. CERAD-testillä. Työterveyshoitajat kokevat kuitenkin CERAD-testin aikaa vieväksi ja sopimattomaksi välineeksi työikäisten muistin tilan tutkimisessa. Työterveyshoitajat kaipaavat testiä, jolla voidaan erottaa sellaiset muistiongelmien, jotka vaativat tarkempaa tutkimusta ja lähettämistä lääkärille. Työterveyshuollossa käytettävien testien tulisi olla helposti toteutettavia ja

vähän aikaa vieviä, sillä rajalliseen aikaan on mahdutettava laajasti työntekijän terveyteen liittyviä mittauksia ja kartoittamista sekä neuvontaa ja ohjausta.

Työterveyshuollossa muistiongelmia tutkii lähinnä työpsykologi, jonka vastaanotolle asiakkaat tulevat joko työterveyslääkärin tai työterveyshoitajan lähettäminä. Työpsykologilla on käytössään laaja valikoima kognitiivisen alueen testejä ja menetelmiä, joista hän asiakkaan haastattelun perusteella valitsee harkintansa mukaan tarvittavat.

Työterveyslääkäreillä ja työpsykologilla on koulutuksensa perusteella osaamista muistiongelmien tunnistamiseen. Muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistaminen tai hoitoon ja kuntoutukseen ohjaus eivät kuulu työterveyshoitajien peruskoulutukseen eikä työterveyshuollon erikoistumisopintoihin. Työterveyshoitajien mukaan muistiongelmista kuitenkin valitetaan vastaanotolla aikaisempaa enemmän, joten tieto muistiongelmien aiheuttajista ja muistisairauksien oireista ja tutkimisesta on tarpeen. Muistihäiriöille saattavat tulevaisuudessa altistaa myös työelämän jatkuvat muutokset ja siitä mahdollisesti seuraavat ammattitaitoon liittyvät haasteet. Työväestön ikääntyminen lisää pitkäaikaissairauksia ja heikentää yleisesti toimintakykyä.

Työterveyshuollossa toimitaan moniammatillisesti ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden kesken. Käytännössä kuitenkin etenkin työterveyshoitajat kokevat tekevänsä työtä ja päätöksiä yksin eli aitoa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ei ole. Jonkin verran asiaa helpottaa lääkärin ja psykologin konsultaatiomahdollisuus. Siihen on mahdollisuuksia liian vähän, koska aikataulut ovat tiukkoja ja työtä on paljon. Moniammatillinen yhteistyö ei välttämättä näin toteudu työterveyshuollossa. Rautio (2005, 78-179) toteaa väitöskirjatyössään, että työterveyshuollon käyttämät ohjaus- ja vaikuttamismenetelmät eivät vastaa tämän päivän oppimisnäkemystä. Menetelmät eivät niinkään aktivoi ja vahvista työntekijää vaan käsittelevät häntä ohjauksen ja neuvonnan kohteena. Raution mukaan työterveyshuollon osaamisen laajentamiseen näyttää olevan tarvetta, mikäli aiotaan vakavasti pureutua työyhteisön tämän päivän tarpeisiin. Tämä edellyttää mm.

moniammatillisten yhteistyöverkostojen hyödyntämistä. Jatkossa on mietittävä, mihin työelämäkysymyksiin työterveyshuolto työssään paneutuu. Rautio pohtii, hoidetaanko työterveyshuollon toimesta jatkossa pääasiassa jo syntyneitä terveydellisiä ongelmia vai pyritäänkö aktiivisesti kehittämään työolosuhteita ja pureutumaan edistävään työhön.

Työterveyshuollossa työterveyshoitajilla ei juuri ole tietoa työikäisten mahdollisista muistisairauksista ja korjattavissa olevista muistihäiriöiden syistä. Muistisairauksiin sopivia oireita ei osata yhdistää muistisairauksiin vaan niille pyritään löytämään jokin muu selittävä tekijä kuten masennus tai kiire työssä. Työikäisten muistisairaudet koetaan niin marginaaliseksi ryhmäksi, että niiden ilmeneminen työikäisillä henkilöillä koetaan satunnaiseksi. Samoin työikäisten muistisairauksien tutkiminen ja hoito katsotaan erikoissairaanhoidon tehtäväksi. Tämä edellyttää kuitenkin työterveyshuollossa hälyttävien muistiongelmien havaitsemista ja tunnistamista sekä jatkotutkimuksiin lähettämistä. (Kuikka ym. 2007, 4097-4099) tuovat esille, että eräiden muistisairauksien ensimmäisiä oireita ovat toiminnanohjauksen vaikeutuminen, oma-aloitteisuuden taantuminen tai käytöskontrollin muutokset. Näiden oireiden havaitseminen lyhyiden vastaanottokäyntien yhteydessä vaatii terveydenhoidon ammattilaiselta osaamista, kokemusta ja tarkkuutta.

Työterveyshuollolla ei ole muistihäiriöihin ja -sairauksiin liittyvää jaettavaa materiaalia. Jonkin verran työterveyshuollossa hyödynnetään Internetistä löytyvää muistiongelmia käsittelevää materiaalia. Internetistä tiedon hakeminen vie kuitenkin aikaa ja pitää tietää, mistä luotettavaa tietoa on saatavissa. Lampe (2008, 2080-2083) esittää, ettei ole mitään kiistatonta, yksinkertaista ja johdonmukaista menetelmää arvioida Internetin tarjoaman tiedon luotettavuutta. Terveystiedon osalta terveystietokantojen voidaan katsoa sisältävän suhteellisen luotettavaa tietoa. Näistä osa käyttää myös sertifiointijärjestelmää laadun varmistamiseksi. Portaalista osa on pelkästään ammattilaisten käytettävissä, mutta terveystietoa käsittelevää palvelua on kehitetty myös maallikoiden tarpeisiin. Lampe ehdottaa, että terveydenhuollon ammattihenkilö kerää valikoiman luotettavia sivustoja, joita hän voi suositella tai tulostaa asiakkaalle.

Näin voidaan pyrkiä varmistamaan, että haettu tieto on mahdollisimman luotettavaa.

Työntekijä itse ottaa yleensä muistiongelmat työterveyshuollossa puheeksi. Viesti työn suorittamisen ongelmista saattaa tulla myös työnantajalta tai esimieheltä. Työntekijät puhuvat yleensä havaitsemistaan muistivaikeuksista avoimesti, mutta päinvastaisiakin kokemuksia työterveyshuollossa on. Työntekijät saattavat kieltää ongelman kokonaan tai selittää sitä niin suurella työssä tarvittavalla tietomäärällä, ettei kaikkea pysty hallitsemaan ja muistamaan. Muistiongelman puheeksi ottamista helpottaa, jos työntekijä ja työterveyshuollon edustaja tuntevat toisensa jo pitemmältä ajalta ja heidän välilleen on muodostunut luottamus. on kuitenkin hyvä muistaa, että oireiden merkityksen vähättely saattaa muistihäiriöiden alkuvaiheessa olla yhteydessä persoonallisuuden suojamekanismeihin (Kuikka ym. 2007, 4100).

Muistiongelmat voivat tulla esille myös työterveystarkastuksessa, jolloin työterveyshoitaja tai lääkäri on aloitteen tekijä keskustelussa. Osa muistiongelmista voi selittyä työntekijän omilla elämäntapavalinnoilla, stressillä tai työhön liittyvillä seikoilla. Tällöin keskustellaan terveellisten elintapojen, kuten riittävän unen, liikunnan, tupakoinnin ja päihteiden käytön, vaikutuksesta sekä työn sisällön ja määrän vaikutuksesta muistiin. Palmgren ym. (2007, 86-88) esittävät työterveyshuollon tietojen antamista, neuvontaa ja ohjausta (TANO) käsittelevässä tutkimuksessaan, että se on heikosti suunniteltua eikä sitä juurikaan seurata ja eikä arvioida. TANO-toiminnalle ei heidän mukaansa aseteta täsmällisiä tavoitteita, sitä ei suunnitella yhdessä, sen toteutumista ei koordinoita eikä toiminnan vaikuttavuutta arvioida systemaattisesti. He esittävät, että TANO-toiminta tulee määritellä selkeästi, jolloin tavoitteiden asettelu ja toiminnan vaikuttavuuden seuraaminen on mahdollista. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus toteutuvat käytännössä integroituna muihin työterveyshuollon toimintoihin kuten työpaikkaselvityksiin, terveystarkastuksiin tai työsuojelutoimikunnan kokouksiin, joihin työterveyshuolto osallistuu.

Mäkitalo ja Paso (2008) ovat kehittäneet työlähtöistä työterveyshuollon ja kuntoutuksen mallin, jossa korostetaan työterveyshuollon roolia työelämän

muutosten huomioimisessa ja työntekijän ammatillisen kehittymisen tukemisessa. Jatkuvat muutokset työelämässä rasittavat työntekijöitä henkisesti ja voivat pahimmillaan aiheuttaa stressiä, masennusta ja uupumista. Näiden oireina voivat olla muistiongelmia ja psyykkisen toimintakyvyn lasku. Työlähtöinen työterveyshuoltomalli tukee työntekijää muutoksessa ja ammatillisessa kehittämisessä, jolloin työn- ja elämänhallinnan tunne lisääntyy. Poppius (2007, 6) puolestaan esittää tutkimuksessaan, että elämänhallinnan tunne on stressinhallintaan liittyvä tekijä ja sen puute näkyy terveydelle vahingollisina, huonoina elämänhallinnan valintoina. Voidaan siis olettaa, että tukemalla työntekijää työelämän muutostilanteissa, ammatillisessa kasvussa ja keskustelemalla hänen kanssaan terveellisten elintapojen merkityksestä, voidaan lisätä hänen elämänhallinnan tunnettaan ja terveyttään. Yksilötason lisäksi tällä voidaan olettaa olevan vaikutusta koko työyhteisön tasolle.

Työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden henkilöiden kokemus työterveyshuollossa suoritetuista testeistä rajoittuu lähinnä työpsykologin tekemiin tutkimuksiin. Psykologille pääsyä on edeltänyt kuitenkin työterveyslääkärikäynti, jolloin huoli muistiongelman olemassa olosta on herännyt. Psykologin tutkimusten perusteella voidaan työntekijä lähettää myös lisätutkimuksiin neuropsykologille tai neurologille sekä magneetti- tai PET-kuvauksiin.

Työterveyshuollossa muistiongelmia valittavat työntekijät ohjataan yleensä työterveyslääkärin vastaanotolle. Tämä kuitenkin edellyttää, että työterveyshoitaja on pitänyt työntekijän oireita sen laatuina, että niiden arvioimiseen tarvitaan lääkärin osaamista. Osa haastatelluista on lähetetty nopeasti jatkotutkimuksiin. Tutkimuksiin pääsy vie valitettavasti aikaa ja vaatii kovasti todistelua muistiongelmasta. Kyrönlahden (2005, 186-187) mukaan työntekijöiden ikääntyminen ja työelämän muutokset korostavat työterveyshoitajien tehtävää kansansairauksien ennalta ehkäisyssä ja tunnistamisessa sekä muutosten hallinnassa. Tämä edellyttää tiedon lisäämistä perimän, elintapojen ja työolojen vaikutuksesta ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Kyrönlahden esittää, että pelkän ammattitiedon lisääminen ei riitä



vaan koulutuksessa on kiinnitettävä huomiota myös työterveyshoitajien yleisiin työelämätaitoihin kuten vuorovaikutustaitoihin ja ihmisen kohtaamisen taitoihin. Koulutuksessa on myös huolehdittava siitä, että se perustuu viimeiseen tutkittuun tietoon.

Työterveyshuollossa muistiongelmien koetaan lisääntyneen tai niitä ainakin valitetaan aiempaa useammin. Työikäisten muistisairaudet koetaan kuitenkin harvinaisiksi eikä niitä juurikaan tule vastaan työterveyshuollossa. Työikäisten muistisairauksien mahdollisuus on kuitenkin hyvä pitää mielessä. Työntekijät kertovat muistiongelmista aiempaa useammin. Muistisairauksien tunnistaminen edellyttää työterveyshuollon henkilöstöltä tietoa muistihäiriöistä ja –sairauksista, niiden tutkimisesta ja hoidosta sekä kuntoutuksesta ja mahdollisista tukitoimista. Sairastuneiden kokemus työterveyshuollon toiminnasta vaihtelee paljolti oman aktiivisuuden ja työterveyshuollon henkilön mukaan. Viramo (2006, 39) muistuttaa, että muistivaikeuksien diagnostiikassa tärkeintä on epäillä, sillä jokaisen muistivaikeuden takaa saattaa paljastua etenevä aivosairaus. Varhainen diagnoosi mahdollistaa myös varhaisen, oireenmukaista elämänlaatua parantavan hoidon aloittamisen.

## 7.5 Tulosten hyödyntäminen

Tutkimuksessa saatiin käsitys työterveyshuollon valmiudesta tunnistaa työikäisten muistihäiriöitä ja sairauksia sekä työikäisenä muistisairauteen sairastuneiden kokemuksesta työterveyshuollon asiakkaina.

Tutkimustulosten perusteella työikäisten muisti-projektissa on tarpeellista paneutua seuraaviin asioihin:

1. Asia: Työterveyshuoltohenkilökunnan tiedon lisääminen muistihäiriöistä ja –sairauksista, niiden tunnistamisesta, tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutukseen ohjauksesta.

Keinot: Työterveyshuoltohenkilöstölle järjestetään pienryhmäkoulutusta. Ryhmän koko on kuusi henkilöä ja ryhmiä järjestetään mielenkiinnon mukaan tarpeellinen määrä. Yksi ryhmä kokoontuu kolme kertaa. Kokoontumiskertojen aiheina ovat muistihäiriöiden ja –sairauksien tunnistaminen, tutkiminen ja hoito, riskitekijät ja elämäntapavalinnat sekä muistisairaahan henkilön kohtaaminen.

Seminaari alan ammattihenkilöille kerran vuodessa, jossa käsitellään ajankohtaisia, työikäisten muistiin ja aivoterveyteen liittyviä asioita. Luennoitsijoina alan asiantuntijat.

2. Asia: Yhtenäisen muistisairauksien hoitopolun kehittäminen työterveyshuoltoon yhdessä työterveyshuoltohenkilökunnan kanssa. Tavoitteena on yhtenäisen käytännön luominen koko henkilökunnan kesken.

Keinot: Työterveyshuollon edustajat kehittävät yhdessä projektityöntekijän kanssa yhtenäisen muistisairauksien tunnistamisen ja hoitoon ohjauksen käytännön. Sen valistuttua järjestetään työterveyshuoltohenkilökunnalle yhteinen koulutus ja suunnitellaan käytännön jalkauttaminen, sen käytön seuranta, arviointi ja mahdollinen päivittäminen.

3. Asia: Työikäisten tiedon lisääminen muistihäiriöistä, niiden syistä, ennaltaehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta.

Keinot: Aivoterveyden sisällyttäminen osaksi työkykyä ylläpitävää toimintaa yhdessä työterveyshuollon kanssa.

Muistisairauksiin ja niiden riskitekijöihin liittyvän tiedotusmateriaalin jakaminen työpaikoille.

Muistituntien järjestäminen työikäisille henkilöille, joilla on muistisairaus tai henkilöille, jotka ovat huolissaan muististaan. Muistituntien teemat nousevat osallistujien tarpeista ja menetelmänä käytetään keskustelua. Muistituntien yhtenä tavoitteena on vertaistuen toteutuminen.

4. Asia: Työnantajien tiedon lisääminen muistihäiriöistä ja –sairauksista sekä työn ja työolosuhteiden kehittäminen aivojen terveyttä huomioivaksi.

Keinot: Pilottityöpaikoilla koulutuksen järjestäminen työntekijöille, esimiehille ja työnantajille.

Tiedottaminen työpaikkojen työsuojelutoimikuntien kokouksissa.

5. Muistihäiriöiden ja –sairauksien ennaltaehkäisevän tiedon lisääminen suuren yleisön keskuudessa.

Keinot: Yleisöluennot kaksi kertaa vuodessa. Luennoitsijoina alan asiantuntijat.

6. Asia: Muistiongelmiin liittyvän tiedotusmateriaalin tuottaminen ja välittäminen työterveyshuollon ja työnantajien käyttöön.

Keinot: Tiedotusmateriaalin välittäminen, työterveyshuoltoon ja työpaikoille. Materiaalin päivittämisestä sopiminen.

## LÄHTEET

Antti-Poika, M.; Martimo, K-P.; Husman, K. (toim.) 2006. Työterveyshuolto. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy.

Asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001)

Gränö, S. & Heimonen, S. & Koskisu, J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja. Muistihäiriö- ja dementia-työhön. Alzheimer-keskusliitto.

Erkinjuntti, T.; Hietanen, M.; Kivipelto, M.; Strandberg, T.; Huovinen, M. 2009. Pidä aivosi kunnossa. Helsinki; WSOY.

Erkinjuntti, T.; Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2006. Vaskulaariset dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J.; Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy. 146-162.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J.; Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin näkökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä; PS-kustannus. 159-161.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5.-6. uudistettu painos. Helsinki; Edita.

Heikkinen, L.T.; Rovio, P.; Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja toimintatavat. Helsinki; Kansanvalistusseura.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki; Gaudeamus.

- Hirsjärvi, S.; Hurme, H. 1991. Teemahaastattelu. 5. painos. Helsinki; Gaudeamus.
- Janhonen, S. Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki; WSOY.
- Juva, K. 2004. Työikäisen dementia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2/2004. 171-176.
- Juva, K. 2006. Työikäisten dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J.; Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy. 589-595.
- Karhula, A. 2005. (toim.) Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Helsinki; Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kanerva, S.; Pasanen, A.; Riekkinen, S.; Tuhkanen, T. 1998. Hyvä työterveyshoitajan työ. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Koskisu, J. 2007. Työikäisenä sairastuneiden erityiskysymykset. Muistihoitajakysely 2006. Muisti 5/2007, 8-9.
- Kuikka, P.; Pulliainen, V.; Salo, J.; Erkinjuntti, T. 2007. Muistihäiriöiden alkuvaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta. Lääkärilehti 44/2007, 4097-4102.
- Kyrölähti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakouluissa. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Lampe, K. 2008. Internetin terveystiedon luotettavuus – asiantuntijan rooli on arvioinnissa edelleen tärkeä. Aikakauskirja Duodecim 18/2008, 2077-2083.
- Manninen, P.; Laine, V.; Leino, T.; Mukala, K.; Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki; STM. Työterveyslaitos.
- Manninen, P. (toim.) 2009. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007. Helsinki; Työterveyslaitos.
- Müller, K. 2006. Työn muutos haastaa työkyvyn arvioinnin. Työterveyslääkäri 3/2006. 16-18.
- Mäkitalo, J. & Paso, E. 2008. Työ työ ja työ. Työlähtöinen työterveyshuolto ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Euroopan sosiaalirahasto, Verve, Työterveyslaitos ja Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto.
- Ngandu, T. 2006. Lifestyle-Related Factors in Dementia and Mild Impairment. A Population-Based Study. Karolinska Institutet: Karolinska University Press.
- Palmgren, H.; Jalonen, P.; Kaleva, S.; Leino, T.; Romppanen, V. 2007. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuollon työssä – tapaustutkimus TAO-toiminnasta nuorten työterveyden edistämiseksi. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 33. Helsinki; Työterveyslaitos.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J.; Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy. 126-145.

Pirttilä, T.; Aeijmelaeus, R.; Alhainen, K.; Erkinjuntti, T.; Koponen, H.; Puurunen, M.; Raivio, M.; Rosenvall, A.; Suhonen, J.; Vajja, R. 2006. Käypä hoito-suositus. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Duodecim 2006;122:1532-44.

Poppius, E. 2007. The Sense of coherence on risk of coronary heart disease, cancer, injuries and all-cause mortality. Faculty of Medicine. Tampere School of Public Health. University of Tampere.

Rautio, M. 2009. Tilaa taiten. Työterveyspalvelujen hankintaopas. Helsinki; Työterveyslaitos.

Rautio, M. 2004. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Työterveyshuollon menetelmien kehittäminen moniammatillisena oppimisprosessina. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Helsinki; Diakoniammattikorkeakoulu.

Rinne, J. 2006. Lewyn kappale-dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J.; Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy.161-175.

Rovio, S. 2008. The Effect of Physical activity and other Lifestyle factors on Dementia, Alzheimer's Disease and Structural Brain Changes. Karolinska Institutet: Universitetsservice US-AB.

Sallinen, M. 2006. Stressin ja unen vaikutus kognitiivisiin toimintoihin. Työterveyslääkäri 3/2006, 20-23.

Suhonen, J.; Alhainen, K.; Eloniemi-Sulkava, U.; Juhela, P.; Juva, K.; Löppönen, M.; Makkonen, M.; Mäkelä, M.; Pirttilä, T.; Pitkälä, K.; Remes, A.; Sulkava, R.; Viramo, P.; Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen lääkärilehti, 10/2008vsk63. Lääketiede, katsausartikkeli

STM 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12. Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Helsinki; Edita Prima Oy.

STM. 2004. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjat. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:3. Helsinki; STM.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf> Haettu 23.5.2010.

Työterveyslaitos. Hermosto-oirekysely Euroquest (EQ). [www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/tyoterveyshuolto/Tyokalut/ammattitaudit.htm](http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/tyoterveyshuolto/Tyokalut/ammattitaudit.htm). Haettu 19.3.2010

Tuomi, J.; Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001)

Työajat, terveys ja hyvinvointi. Työterveyslaitos.

[http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/tyoajat\\_terveys\\_hyvinvointi/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/tyoajat_terveys_hyvinvointi/sivut/default.aspx), Viitattu 2.5.2010.)

Univaje heikentää terveyttä ja työn tuloksia. [www.tsr.fi/tutkimustietoa/tata-on-tutkittu/hanke/?h=1040738&n=tiedote](http://www.tsr.fi/tutkimustietoa/tata-on-tutkittu/hanke/?h=1040738&n=tiedote) Viitattu 2.5.2010.

Varjonen, J. & Suhonen-Malm, A-S. 2006. Uupumustilat. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J.; Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Hämeenlinna; Karisto Oy.245-255.

Viramo, P. 2006. Työikäisen muistivaikeuden syy on selvitettävä. Työterveyslääkäri 3/2006. 20-23.

Väestötiedot kunnittain, 2008. <http://www.tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/734.html>?. Viitattu 17.2.2010